

Persönliche Daten

| | | | |
|------------------|----------------------|------------------|----------------------|
| Titel: | <input type="text"/> | Vorname: | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum: | <input type="text"/> | Familienname: | <input type="text"/> |
| Firmenanschrift: | <input type="text"/> | Privatanschrift: | <input type="text"/> |
| KSt. / z.Hdn.: | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Straße: | <input type="text"/> | Straße: | <input type="text"/> |
| PLZ, Ort: | <input type="text"/> | PLZ, Ort: | <input type="text"/> |
| Firmentelefon: | <input type="text"/> | Privattelefon: | <input type="text"/> |
| e-mail: | <input type="text"/> | e-mail: | <input type="text"/> |

Rechnung an: Firmenadresse Privatadresse¹⁾

Die **Gebühr** für den Statuswechsel mit Angabe am Zertifikat beträgt **EUR 42,00 pro Zertifikat (inkl. USt.)**

¹⁾Erfolgt die Rechnungslegung an Ihre Privatadresse, ist die Einzahlungsbestätigung der Bank mit dem Antrag auf Statuswechsel einzureichen. Sobald der Betrag auf unser Konto eingegangen ist, werden Ihre Unterlagen bearbeitet.

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag wie folgt:
BAWAG Leoben - Konto Nr.: 88410-706-878 – BLZ 14000
IBAN AT611400088410706878, BIC BAWAATWW
Verwendungszweck: **StW/Kompetenz/Familienname/Geburtsdatum**

Zertifikatsangaben

Hiermit beantrage ich den Statuswechsel meines Zertifikates (von Anwärter auf volle Kompetenz):

| Zertifikatstitel (Kompetenz) | Zertifikatsnummer | Erstausst.- bzw. Prüfdatum |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Erforderliche Nachweise:

Bitte übermitteln Sie uns Ihre objektiven Nachweise per mail, Fax oder per Post gemeinsam mit diesem Antrag.

Bezeichnung der Nachweise

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Der/die ZertifikatsinhaberIn versichert mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit aller in diesem Antrag enthaltenen Angaben.

| | |
|-----------------------|------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum der Beantragung | Unterschrift AntragstellerIn |

| | |
|------------------------------------|---|
| Von SystemCERT auszufüllen! | Nachweise sind nachvollziehbar und objektiv <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum der Prüfung | Unterschrift SystemCERT ZertifizierungsgmbH |