

.....
(Vor- und Zuname)

.....
(Privatanschrift)

.....
(E-Mail)

An das
Landesamt für Soziales
Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe-
Hochstr. 67
66115 Saarbrücken

FAX 0681 – 9978 4399

Betreff: Entschädigung für die Tätigkeit als Prüfer:in bei den
naturwissenschaftlichen /zahnärztlichen Vorprüfungen /
zahnärztlichen Prüfungen

Die mir zu erstattende Prüfungsentschädigung im

Prüfungsfach.....bitte ich auf
folgendes Konto zu überweisen:

.....
(Name des Geldinstituts)

.....
(IBAN - Nummer, persönliches Konto)

.....
(BIC Code des Geldinstituts)

.....
(Zuständiges Finanzamt)

.....
(Ort, Datum, eigenhändige Unterschrift)