

Verwaltung

Datum

Straße

Name und Telefon (Vorwahl/Durchwahl) der Sachbearbeitung

PLZ, Ort

E-Mail

**Niedersächsisches Studieninstitut für  
kommunale Verwaltung e. V.  
Wielandstraße 8  
30169 Hannover**

## Anmeldung

### zum Zertifikatskurs Kommunale Bilanzbuchhaltung

Lehrgangsort

Name

Geb.Name

Vorname

Geb.Datum

|  |         |  |
|--|---------|--|
|  | Geb.Ort |  |
|--|---------|--|

Private Anschrift

Straße

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bzw. Name der zuständigen Sachbearbeitung

Bisheriger beruflicher Werdegang

| Art der Tätigkeit | Jahr | ggf. Abschluss |
|-------------------|------|----------------|
|                   |      |                |
|                   |      |                |
|                   |      |                |
|                   |      |                |