

An:

Landesverwaltungsamt  
Landesprüfungsamt/ Referat 507  
Ernst-Kamieth-Str. 2  
06112 Halle (Saale)

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name, Vorname: .....

Aktuelle Adresse: .....

Geburtsdatum /- ort: .....

### Echtheitsprüfung von Ausbildungsnachweisen

Hiermit erkläre ich, dass ich bereit bin, meine eingereichten Dokumente durch die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen auf deren **Echtheit** prüfen zu lassen.

Ich bin bereit, die anfallenden Kosten im Rahmen der **Echtheitsprüfung** in Höhe von 145,00 € zu übernehmen.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift