

An:

Landesverwaltungsamt  
Landesprüfungsamt/ Referat 507  
Maxim-Gorki-Str. 7  
06114 Halle (Saale)

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

### Echtheitsprüfung von Ausbildungsnachweisen

- Hiermit erkläre ich, dass ich bereit bin meine eingereichten Dokumente durch die Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG) / Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) 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