

Mitteilung der DTZ Prüfung
an den Landesverband der VHS Schleswig-Holstein

DTZ

Art der Prüfung: Deutsch-Test für Zuwanderer

Anzahl Teilnehmende	
----------------------------	--

	Prüfungs-DATUM	Prüfungs-UHRZEIT	Anzahl Räume**	
			Schriftlich	mündlich
Prüfungsdetails				

** mündliche: 1 Prüferpaar braucht einen Raum zum Prüfen, 2 Prüferpaare brauchen zwei Räume.

Versandanschrift für Prüfungsunterlagen und Kontaktdaten (*bitte ausfüllen*):

Prüfungsverantwortliche/r:	
Institutsname und Adresse:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Abweichender Prüfungsort (wenn es nicht der Versandanschrift entspricht)	

Prüfer (*bitte ankreuzen und ausfüllen*):

- bitte suchen Sie _____ Prüfer*innen (**Anzahl bitte eintragen**)
- wir haben folgende Prüfer*innen schon bestellt

Vor- und Nachname	Code-Nummer

*sollten es mehr Prüfer sein, dann auf separatem Zettel genau aufschreiben.

Rechnungen (*bitte ankreuzen bzw. ausfüllen*)

- Rechnungsadresse entspricht der Versandadresse.
- Rechnungsadresse lautet: _____

Sonstiges/ Weiteres:

Datum, Unterschrift, Stempel: _____