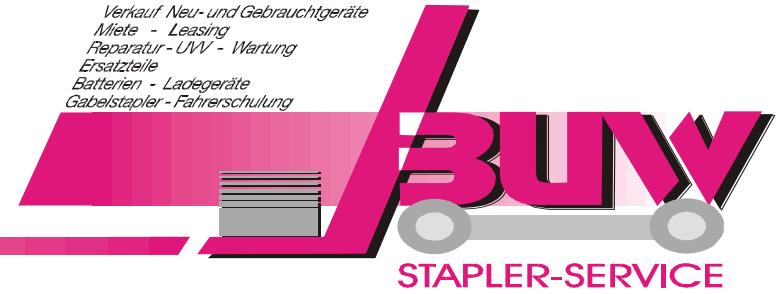


Verkauf Neu- und Gebrauchtgeräte  
 Miete - Leasing  
 Reparatur - UUV - Wartung  
 Ersatzteile  
 Batterien - Ladegeräte  
 Gabelstapler - Fahrerschulung



## Teilnehmerliste für Fahrerschulung

**Schulung:** Stapler-Führerschein

**Fahrerschulung am:**

**Firma:**

**Ansprechpartner:**

Bitte nur in DRUCKBUCHSTABEN schreiben!  
 ( deutlich!!! )

**Straße:**

**PLZ / Ort:**

**Telefon Nr.:**

**Fax Nr.:**

**Prüfung ist nur in Deutscher Sprache!**  
**Wenn dies nicht gegeben ist, ist eine vorherige**  
**Abprache mit uns notwendig!**

Name, Vorname	Straße mit Haus-Nr.	PLZ / Ort	Geb.-Datum	Geburtsort / -land	vorh. Führerschein-klasse	Brillen-träger (bitte ankreuzen)	Deutsch-kennnisse (in Wort und Schrift)
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht

Bitte senden Sie je Teilnehmer ein Paßfoto (Rückseite Namen) mit oder bringen Sie es am Tag der Schulung!!

Name, Vorname	Straße mit Haus.-Nr.	PLZ / Ort	Geb.-Datum	Geburtsort / -land	Führer-schein-klasse	Brillen-träger (bitte ankreuzen)	Deutsch-kenntnisse (in Wort und Schrift)
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
						<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht

Bitte senden Sie je Teilnehmer ein Paßfoto (Rückseite Namen) mit oder bringen Sie es am Tag der Schulung!!