

☐ Herr	☐ Frau	☐ divers	Titel		Telefon	
Nachname				Rechnungsanschrift, wenn von Ihrer Privatanschrift links abweichend (bspw. Firma, andere Person oder eine Zweitanschrift):		
Vorname				Rechnungs- empfänger:in (Firma, ggf. Abteilung)		
Geburts- datum						
Straße, Hausnr.				Straße, Hausnr.		
PLZ, Ort				PLZ, Ort		
Land				Land		
E-Mail				Rechnung per E-Mail an		

- **Fachkraft Schimmelpilzbeseitigung (FSB)**
- **Sachverständige:r Schimmelpilzbewertung (SVS)**

- **Studienabschluss/
Berufsausbildung:** _____
- **Die gemäß PZO geforderte Berufserfahrung erfülle ich in vollem Umfang.**
- **Erfolgreiche Teilnahme an einem Lehrgang zur oben beantragten Zertifizierung bei einem von DEKRA anerkannten Bildungspartner**

[Allgemeine Geschäftsbedingungen \(AGB\) \(D-030-18\)](#)
[Allgemeine Zertifizierungsbedingungen \(AZB\) \(D-030-19\)](#)
[Datenschutzinformation \(D-250-03\)](#)
[Prüfungs- und Zertifizierungsordnung \(PZO\) Standard Schimmelpilzbewertung \(D-035-77\)](#)

Ich **melde** mich mit meiner Unterschrift **verbindlich** zu der oben genannten Zertifizierung an.
Mir ist bekannt, dass für die Prüfung und Zertifizierung **Entgelte** gemäß der PZO Standard Schimmelpilzbewertung zu entrichten sind.
Bei einem begonnenen Prüfungsverfahren ist die Prüfungsgebühr vollständig zu entrichten.
Ich **versichere**, dass alle geforderten und mit diesem Antrag eingereichten Unterlagen und Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.
Ich **informiere** die DCG umgehend, falls sich die oben gemachten Angaben vor Abschluss des Prüfungsverfahrens ändern.

Unterschrift Antragsteller:in

Bitte verwenden Sie eine eingescannte Unterschrift oder eine digitale Signatur.
Ihr „eingetippter“ Namenszug kann nicht als Unterschrift anerkannt werden!