

London Chamber of Commerce and Industry Examinations Board

Prüfungszentrum Sprachschulen Hommer
Hans-Böckler-Str. 3a

56070 Koblenz
E-mail: info@sprachschulen-hommer.de
Fax: 0261-403671



CANDIDATE REGISTRATION FORM

CANDIDATE DETAILS

Name	
Address	
Telephone Number	Date of Birth
Hiermit melde ich mich <u>rechtsverbindlich</u> zu unten aufgeführter Prüfung an. Mir ist bekannt, dass ein Rücktritt von der Prüfung nur bei nachgewiesener Krankheit (ärztliches Attest) möglich ist. Mir ist ferner bekannt, dass die vollständige Prüfungsgebühr vor <u>Anmeldeschluss</u> fällig ist.	

EXAMINATION DETAILS

Subject Title		Examination Fee	
Level	<input type="checkbox"/> written <input type="checkbox"/> plus one option (Speaking or Listening) <input type="checkbox"/> plus two option (Speaking and Listening)	On Demand Fee	
Series or exam date		Total Fee	

LASTSCHRIFTERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Sprachschulen Hommer, die Kursgebühren für obengenannten Kurs gemäß Anmelde- und Zahlungsbedingungen von meinem u. a. Girokonto abzubuchen.	
Kontoinhaber:	Kontonummer:
Bank/Sparkasse:	Bankleitzahl:
Unterschrift des Kontoinhabers (falls nicht identisch):	

Datum:

Unterschrift:

--

CENTRE DETAILS (VOM PRÜFUNGSZENTRUM AUSZUFÜLLEN)

Centre Name	Centre Stamp
Centre Code	
Signature of Examinations Secretary	