

Einspruch

gegen das Prüfungsergebnis

Prüfungsdaten

Prüfungszentrum:

Prüfung:

Bitte die Auswahlliste (Drop-down-Menü) nutzen oder Abkürzung angeben (z. B. ZA1).

Datum der (schriftlichen) Prüfung:

Tag . Monat . Jahr

Prüfungsteilnehmer/-in

Vorname:

Geburtsdatum:

Nachname:

ID-Nummer:

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

Begründung des Einspruchs

Bitte in deutscher oder in englischer Sprache ausfüllen.

Datum
(Tag . Monat . Jahr)

Name / Unterschrift
(Prüfungsteilnehmer/-in)

Bitte das vollständig ausgefüllte Formular an bewertung@osd.at senden.