

AGT

Arbeitsgemeinschaft Testamentsvollstreckung
und Vermögenssorge e.V.
z. Hd. Geschäftsführung
Lievelingsweg 125

53119 Bonn

Erstantrag auf Aufnahme in die Testamentsvollstreckerliste der AGT für Fachberater Testamentsvollstreckung und Nachlassverwaltung (DStV)

Persönliche Daten	
Nachname:	Titel:
Vorname(n):	
Berufsbezeichnung:	
Geschäftsadresse	
Firma:	
Straße:	
Postleitzahl:	Ort:
Bundesland:	
Kommunikationsdaten	
Telefon:	Telefax:
Mobiltelefon:	Email:
Webseite:	

Nachweis der theoretischen Kenntnisse

Name des Lehrgangsveranstalters: _____

Jahr der Lehrgangsteilnahme: _____

Beigefügter Nachweis

Urkunde des Deutschen Steuerberaterverbandes e.V. (DStV)

Versicherungsnachweis

Ich unterhalte eine Vermögensschadenhaftpflichtversicherung, die für den Bereich der Testamentsvollstreckung eine Mindestdeckungssumme von 100.000,00 EUR pro Schadenfall umfasst.

Eine Kopie des Versicherungsscheins habe ich beigefügt

oder

Die Daten der Versicherung lauten:

Name der Versicherungsgesellschaft:

Anschrift:

Versicherungsschein-Nr.:

Aufnahmegebühr

Die für die Aufnahme in die Testamentsvollstreckerliste anfallende Gebühr in Höhe von **175,00 EUR** habe ich auf

Konto-Nr.: 0728 220

Inhaber: AGT e.V.

Bank: Deutsche Bank AG Bonn

BLZ: 380 700 24

Verwendungszweck: Aufnahmegebühr Testamentsvollstreckerliste

überwiesen.

Zusätzliche Angaben

Welche weiteren Angaben zu Ihrer Person wünschen Sie in die Testamentsvollstreckerdatei aufgenommen zu erhalten?

Steuerberater	Rechtsanwalt	vereidigter Buchprüfer
Wirtschaftsprüfer	Dipl. Finanzwirt	Dipl. Betriebswirt
Dipl. Kaufmann	Dipl. Volkswirt	Certified Estate Planner
Rechtsbeistand	Erbenermittler	Gutachter für: _____

Sonstige Fachberaterbezeichnung: _____

Sonstiges: _____

Versicherung der Richtigkeit und Vollständigkeit, Weitergabe von Daten

Ich versichere hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Mir ist bekannt, dass die Aufnahme für drei Jahre Gültigkeit hat. Anschließend kann erneut eine Aufnahme beantragt werden. Die Aufnahmevoraussetzungen werde ich unaufgefordert und zeitnah zum Verlängerungszeitpunkt bei der AGT nachweisen.

Ich werde einen etwaigen Wegfall der zur Aufnahme führenden Voraussetzungen, insbesondere einen Wegfall der Versicherung oder der Zugehörigkeit zu der von mir angegebenen Berufsgruppe / Fachberatergruppe umgehend der AGT mitteilen. Anfragen der AGT zum Fortbestand der Aufnahmevoraussetzungen werde ich kurzfristig und vollständig unter Beifügung von aussagekräftigen Belegen beantworten.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir in diesem Bogen gemachten Angaben nicht nur für interne Zwecke der AGT genutzt werden dürfen, sondern im Rahmen der Aufgabenerfüllung der AGT auch an dritte Personen weitergegeben werden dürfen.

....., den

(Ort)

(Datum)

.....
(Unterschrift des Antragstellers)