

AGT

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

53119 Bonn

Antrag auf Rezertifizierung als „Zertifizierter Testamentvollstrecker (AGT)“ und Verlängerung der Eintragung in die Testamentvollstreckerliste der AGT

Persönliche Daten

Nachname: _____ Titel: _____
Vorname(n): _____
Berufsbezeichnung: _____

Geschäftsadresse

Firma: _____
Straße: _____
Postleitzahl: _____ Ort: _____
Bundesland: _____

Kommunikationsdaten

Telefon: _____ Telefax: _____
Mobiltelefon: _____ Email: _____
Webseite: _____

Nachweis der Fortbildungsverpflichtungen

Datum der Erstzertifizierung: _____

Nachweis als Teilnehmer von Vortragsveranstaltungen

Lehrgang I

Lehrgangsveranstalter: _____

Datum der Lehrgangsteilnahme: _____

Gesamtdauer der Lehrgangs (Zeitstunden): _____

(Kopie der Lehrgangsteilnahme und Lehrgangsprogramm zur Prüfung bitte mit einreichen)

Lehrgang II

Lehrgangsveranstalter: _____

Datum der Lehrgangsteilnahme: _____

Gesamtdauer der Lehrgangs (Zeitstunden): _____

(Kopie der Lehrgangsteilnahme und Lehrgangsprogramm zur Prüfung bitte mit einreichen)

Lehrgang III

Lehrgangsveranstalter: _____

Datum der Lehrgangsteilnahme: _____

Gesamtdauer der Lehrgangs (Zeitstunden): _____

(Kopie der Lehrgangsteilnahme und Lehrgangsprogramm zur Prüfung bitte mit einreichen)

Nachweis durch Fachveröffentlichungen / eigene Vortragsveranstaltungen

(Zum Nachweis bitte Quelle der Veröffentlichung bzw. Vortragsprogramm auf separatem Blatt einreichen)

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 beigelegt

Die Daten der Versicherung lauten:

Name der Versicherungsgesellschaft:

Anschrift:

Versicherungsschein-Nr.:

Rezertifizierungsgebühr

Die für die Rezertifizierung 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:	Rezertifizierungsgebühr

überwiesen.

**Versicherung der Richtigkeit und Vollständigkeit,
Einhaltung der Zertifizierungsrichtlinien,
Weitergabe von Daten**

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

Mir ist bekannt, dass die Rezertifizierung für drei Jahre Gültigkeit hat. Anschließend kann erneut eine Rezertifizierung beantragt werden. Die hierfür erforderliche Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung erkenne ich an. Die Fortbildungsnachweise werde ich zusammen mit dem Rezertifizierungsantrag unaufgefordert und zeitnah zum Verlängerungszeitpunkt bei der AGT einreichen.

Die Zertifizierungsrichtlinien der AGT sind mir bekannt. Ich werde sie bei meiner Tätigkeit beachten. Ich werde einen etwaigen Wegfall der zur Zertifizierung führenden Voraussetzungen, insbesondere einen Wegfall der Versicherung oder der Zugehörigkeit zu der von mir angegebenen Berufsgruppe umgehend der AGT mitteilen und die Bezeichnung in einem solchen Fall nicht mehr weiter führen. Anfragen der AGT zum Fortbestand der Zertifizierungsvoraussetzungen werde ich kurzfristig und vollständig unter Beifügung von aussagekräftigen Belegen beantworten.

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

....., den

(Ort)

(Datum)

.....
(Unterschrift des Antragstellers)