



... BE A PART OF US ...

BAfEP  
PKG  
KOLLEG  
SKZ 612810

050 0248 072  
 Fax: 050 0248 072 999  
 [office@bafep-liezen.at](mailto:office@bafep-liezen.at)  
 HP: [www.bafep-liezen.at](http://www.bafep-liezen.at)

**Anmeldung zu der am  
7. Februar 2025 stattfindenden  
Eignungsprüfung**

Familienname: ..... Vorname: .....  
geboren am: ..... in: ..... (Ort)  
Sozialversicherungsnummer: .....  
PLZ, Ort, Straße: .....  
Familienname der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten: .....  
Vorname der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten: .....  
Telefon: .....  
E-Mail-Adresse: .....

....., am.....

Ort

Eigenhändige Unterschrift der/des  
Erziehungsberechtigten

.....

**Dieser Abschnitt ist bis spätestens 10. Jänner 2025 an die BAfEP Liezen zu schicken!**

**Weitere Schritte für die Aufnahme in die BAfEP Liezen werden Ihnen mit der  
Verständigung über das Ergebnis der Eignungsprüfung ehest möglich zugesandt.**