

Per Telefax: 0251/41764-27

Steuerberaterkammer Westfalen-Lippe  
K.d.ö.R.  
Erphostraße 43  
48145 Münster

Antrag auf Eintragung in das Praxisvertreter-, Praxistrehänder-,  
Praxisabwickler-Verzeichnis der Steuerberaterkammer Westfalen-Lippe

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich mich im Bedarfsfall bereit, nachfolgende Ämter zu übernehmen:

Praxisvertreter	<input type="checkbox"/>
Praxistrehänder	<input type="checkbox"/>
Praxisabwickler	<input type="checkbox"/>

Ich darf Sie bitten, mich in das bei der Steuerberaterkammer Westfalen-Lippe geführte Verzeichnis aufzunehmen.

Berufsbezeichnung, Vorname, Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Berufliche Niederlassung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Finanzamtsbezirk: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift