

Ihr für alle. Wir für euch.

# Bestätigungsformular.

Um zu bestätigen, dass du berechtigt bist, dieses Angebot in Anspruch zu nehmen, bitte einfach das Formular ausfüllen, ausdrucken und zum Servicetermin mitnehmen.

Alternativ genügt auch dein Dienst- oder Kammerausweis.

Das Angebot gilt für die folgenden Berufsgruppen (Freiberufler/innen oder Mitarbeiter/innen in Voll- oder Teilzeit)\*:

Ärzt/innen, Apotheker/innen, Apothekenhelfer/innen, Krankenpfleger/innen, Pflege- und Heimpersonal, Mitarbeiter/innen im Rettungsdienst, Mitarbeiter/innen der Feuerwehr (inkl. Freiwilliger Feuerwehr), Mitarbeiter/innen der Polizei.

## 1. Angestellte und Beamte

### Vom Arbeitgeber/Dienstherrn auszufüllen:

Hiermit bestätigen wir, dass \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

wohnhaft \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

bei uns als \_\_\_\_\_ beschäftigt ist.  
Berufsbezeichnung

### Anschrift Arbeitgeber/Dienstherr:

Firma/Dienststelle: \_\_\_\_\_

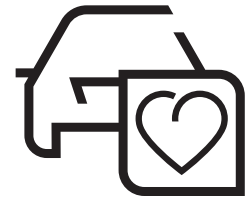
Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Arbeitgeber/Dienstherr



\*Einmaliger Zuschuss für einen Werkstattbesuch im Aktionszeitraum bis 22.05.2020. Nicht mit anderen Rabattaktionen oder -angeboten kombinierbar. Keine Barauszahlung. Gültig für Privatkunden. Das Fahrzeug muss mindestens 30 Tage auf den Privatkunden/Freiberufler zugelassen sein. Nachweis zur Berufsgruppenzugehörigkeit muss vor Ort durch das Bestätigungsformular erbracht werden. Aktionsberechtigt sind Freiberufler/-innen oder Mitarbeiter/-innen der im Bestätigungsformular angeführten Berufsgruppen in Voll- oder Teilzeit. Unsere Information zum Datenschutz findest du unter: <https://www.seat.de/datenschutz.html>



Ihr für alle. Wir für euch.

# Bestätigungsformular.

Um zu bestätigen, dass du berechtigt bist, dieses Angebot in Anspruch zu nehmen, bitte einfach das Formular ausfüllen, ausdrucken und zum Servicetermin mitnehmen.

Alternativ genügt auch dein Dienst- oder Kammerausweis.

Folgende Berufsgruppen sind berechtigt:

Arzt- und Praxishilfe, Gesundheitswesen, Krankenpflege, Altenpflege, Geburtshilfe, Rettungsdienst, Human- und Zahnmedizin, Polizei, Feuerwehr.

## 2. Freiberufler

Ich erkläre, dass ich, \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

wohnhafte \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

im Aktionszeitraum eine freiberufliche Tätigkeit zur Steuernummer \_\_\_\_\_

als \_\_\_\_\_ ausübe und versichere die Richtigkeit und

Vollständigkeit meiner Angaben.

## 3. Fahrzeugdaten, vom Bezugsberechtigten auszufüllen:

Kennzeichen: \_\_\_\_\_

Fahrgestellnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Freiberufler

