



ANTRAG auf eine IPAF-geprüfte Lizenz

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden es unterschrieben per Telefax, Post oder E-Mail an

Roggermaier GmbH
Email ipaf@roggermaier.de

Ausstellungsdatum des Zertifikats:
Gültig bis:
Kartenummer:

VOM ANTRAGSTELLER AUSZUFÜLLEN *(bitte in Blockschrift)*

Name:		Vorname(n):	
Ort:		Postleitzahl:	
Privatadresse:			
Telefon:		E-mail:	
PAL-Card-Nummer (falls vorhanden)		Geburtsdatum:	
Karte ausgestellt am:		Beruf:	

ANGABEN ZUM ARBEITGEBER *(bitte in Blockschrift)*

Name des Unternehmens:				
Adresse:				
	PLZ:			
Telefon:		Fax:		
Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die auf diesem Formular übermittelten Informationen in die Datenbank von IPAF eingetragen werden. Sie können zu Zwecken entsprechend den Datenschutzbestimmungen verwendet werden. Angaben zu meiner Karte können auf Anfrage an Betriebsstätten bzw. Arbeitgeber übermittelt werden.				
Ich bestätige, dass ich mich in einem guten gesundheitlichen Zustand befinde, um die gestellten Aufgaben zu erfüllen <i>(bitte ankreuzen)</i>			JA	NEIN

Unterschrift:		Datum:	
---------------	--	--------	--

ANGABEN ZUM SCHULUNGSKURS – VOM TRAINER AUSZUFÜLLEN

Schulungszentrum:		SZ Nr.:	
Schulung:	In SZ:	Betrieb:	Anzahl Teilnehmer:
Nummer(n) des/der Trainer(s)		Nummer(n) des/der Trainer(s):	
Schulungsdatum:		Dauer der Schulung:	

ART DES ANTRAGS *(Gewünschtes ankreuzen)*

Bediener		Einweiser		Trainer	
Einrichter (MCWP)		Kategorie hinzufügen			
Erneuerung		Logbuch überprüft von:		Instructor's Signatur	

MASCHINENKATEGORIEN *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

1 a	Statisch Vertikal	<input type="checkbox"/>	TPI	Telehandler-Arbeitsbühnen integriert	<input type="checkbox"/>
1 b	Statisch Boom	<input type="checkbox"/>	SPECIAL	Sondergeräte	<input type="checkbox"/>
3 a	Mobil Vertikal	<input type="checkbox"/>	LOAD	Auf- und Abladen Transportfahrzeuge	<input type="checkbox"/>
3 b	Mobil Boom	<input type="checkbox"/>	H	Sicherheitsgeschirr	<input type="checkbox"/>
IAD	Isolierte Hubarbeitsbühnen	<input type="checkbox"/>	MM	Hubarbeitsbühnen für Manager	<input type="checkbox"/>
MCWP	Mastkletterbühnen	<input type="checkbox"/>	PAV	Handverschiebbare Arbeitsbühnen	<input type="checkbox"/>
MMCWP	Mobile Mastkletterbühnen	<input type="checkbox"/>			

Ich bestätige hiermit, dass die in diesem Dokument genannte Person die durch die IPAF vorgeschriebenen Prüfungen erfolgreich absolviert hat und die Kriterien für die beantragte(n) Kategorie(n) erfüllt.

Unterschrift:		Datum:	
---------------	--	--------	--