



Verzichtserklärung

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Hiermit erkläre ich den Verzicht auf folgende Kategorien:

Alle Kategorien

Gruppe I Alle

A A2 A1 AM B B1 F G M

Arztpflichtig ab 75. Altersjahr

Gruppe II Alle

C C1 D D1 CE C1E DE D1E BPT

Arztpflichtig generell

Ein Verzicht ist als verbindlich zu betrachten. **Die Verzichtserklärung ist zusammen mit dem Original Führerausweis einzureichen.**

Ort und Datum:

Unterschrift:
