

Anlage 4 (für Anträge Taxenverkehr)

**Fahrerliste für den Prüfungszeitraum**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Bedienernummer	Gültigkeit der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung	Nummer der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung	ausstellende Behörde	Anzahl der Wochenarbeitsstunden	Krankenkasse	beschäftigt seit ( von ...bis...):

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

Stand Januar 2024

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift des Antragsteller)