



## ANTRAG AUF EINE IPAF-GENEHMIGTE LIZENZ

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

### STARLIFT GmbH · Hamburg-Ost

Am Knick 11 · 22113 Oststeinbek

Telefon 040-53 43 21-0

Telefax 040-53 43 21-20

E-Mail hamburg@starlift.de

Ausstellungsdatum des  
Zertifikats:

Ablaufdatum:

Kartennummer:

**Nur für internen Gebrauch  
des Schulungszentrums  
3.1 (Ver. 2)**

### VOM ANTRAGSTELLER AUSZUFÜLLEN *(bitte in Blockschrift)*

Familienname:		Vorname(n):	
Straße, Hausnummer:		Postleitzahl:	
Adresse:			
IPAF-Bedienernummer:		Geburtsdatum:	
PKW Führerscheinnr:		Ausgabedatum:	
		Beruf:	
<b>ANGABEN ZUM ARBEITGEBER <i>(bitte in Blockschrift)</i></b>			
Firmenname:			
Adresse:			
Telefonnr.:		Faxnr:	
		Email:	
Mir ist bewusst und ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Formular eingetragenen Informationen in die IPAF-Datenbank eingetragen und für die Zwecke genutzt werden, die in der Datenschutzregistrierung angegeben wurden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Angaben zu meiner Karte auf Anfrage an die Einsatzorte/Arbeitgeber weitergegeben werden dürfen.			
Unterschrift:			Datum:

### ANGABEN ZUM SCHULUNGSKURS – VOM SCHULUNGSLEITER AUSZUFÜLLEN

Schulungszentrum:				SZ Nr.:	
Kurs abgehalten:	Am SZ:		Vor Ort:	Anzahl Teilnehmer:	
Schulungsleiter,				Schulungsleiter,	
Kursdatum:				Kursdauer:	
<b>ANTRAGSTYP <i>(Gewünschtes ankreuzen)</i></b>					
Bediener		Einweiser		Schulungsleiter	
Einrichter (MCWP)		Kategorie hinzufügen		Verlängerung	
<b>MASCHINENKATEGORIEN <i>(Gewünschte ankreuzen)</i></b>					
1 a	Statisch Vertikal (Personallift)		TPI	Telehandler-Arbeitsbühne integriert	
1 b	Statisch Boom (LkW/Anhängerbühnen)		SPECIA	Sondergeräte	
3 a	Mobil Vertikal (Scherenbühnen)		LOAD	Auf- und Abladen Transportfahrzeuge	
3 b	Mobil Boom (Teleskop selbstfahrend)		H	Sicherheitsgeschirr	
IAD	Isolierte Hubarbeitsbühnen		MM	Hubarbeitsbühnen für Manager	
MC	Mastkletterbühnen				
Ich bestätige hiermit, dass die in diesem Dokument genannte Person die von der IPAF vorgeschriebenen Prüfungen erfolgreich abgelegt hat und die Kriterien für die beantragte(n) Kategorie(n) erfüllt.					
Unterschrift:				Datum:	