

Sächsische Anstalt für kommunale  
Datenverarbeitung  
Postfach 13 93

**01873 Bischofswerda**

## **Änderungsantrag auf Prüfung und Zulassung eines finanzwirksamen Programms für den kommunalen Einsatz im Freistaat Sachsen**

### **Der Antragsteller**

Name:			
Anschrift:			
Ansprechpartner:			
Telefon:		Telefax:	
E-Mail-Adresse:			

beantragt unter Bezugnahme auf seinen Prüfungsantrag vom  
die Prüfung

nummehr

### **des nachfolgenden finanzwirksamen Programms**

Hersteller: (Name, Adresse)	
Programmname/ Gesamtversion/ Releasestand (Datum):	
Programmteile/ Teilversionen/ Releasestand (Datum):	

Der Prüfantrag vom

für das finanzwirksame Programm

Programmname/ Gesamtversion:	
Programmteile/ Teilversionen:	

wird zurückgenommen.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift  
des Antragstellers