

Bitte senden Sie dieses Antragsformular vollständig ausgefüllt, unterschrieben und mit Kopien Ihres Identitätsnachweises an:

Coface Rating GmbH  
Abt. 47.3 DS  
Postfach 1209  
55002 Mainz

**Antragsformular auf Auskunft nach § 34 Bundesdatenschutzgesetz ( BDSG )**

**Coface-Nummer**  Falls vorhanden

Anrede  
 Frau  Herr

**Titel**

**Nachname**

**Geburtsname**

**Vornamen**

**Geburtsdatum**  (TT.MM.JJJJ)

**Geburtsort**

**Straße**

**Hausnummer**

**PLZ**

**Wohnort/Sitz**

**Firmenname**

**Handelsregister-Nr.**

**Firmenbezeichnung**

**Ihre Position**

**Telefon-Nr.**  für evtl. Rückfragen

**Weitere Anschriften (vorherige Anschriften, wenn Sie / Ihre Unternehmung in den letzten zwei Jahren umgezogen sind.):**

**Straße**

**Hausnummer**

**PLZ**

**Wohnort/Sitz**

Datum  Unterschrift