



## ANSÖKAN OM ATT FÅ AVLÄGGA REVISORSEXAMEN EFTER 7 ÅR SOM GODKÄND REVISOR (5 § SFS 1995:665 )

Ansökan skall vara Revisorsnämnden till handa senast den 1 februari för provtillfället i maj/juni och senast den 1 september för provtillfället i november

Sökande	Efternamn och förnamn .....	Personnummer .....
	Postadress (bostad) .....	Telefon (även riktnr) .....
Företag i vilket sökanden är yrkesverksam som revisor	Företagets namn .....	Organisationsnummer .....
	Postadress .....	Telefon (även riktnr) .....

Datum .....	Sökandens underskrift .....
----------------	--------------------------------

En administrationsavgift (3 000 kronor) skall sättas in på Revisorsnämndens plusgiro 95 56 97 - 8 eller bankgiro 5050 - 3788 i samband med att ansökan skickas in. En examinationsavgift (13 000 kronor) betalas vid anmodan.

REVISORSNÄMNDEN

Box 24014, 104 50 STOCKHOLM. Besöksadress: Karlavägen 104, våningsplan 7  
Telefon: 08-783 18 70 Fax: 08-783 18 71 E-post: rn@revisorsnamnden.se