



EU AML-Manager

ZERTIFIKAT

über die Teilnahme an einer Schulung

Hiermit wird die Teilnahme von

[Vorname Nachname]

an der folgenden Schulung bestätigt.

AMLR

Komplexe Fallprüfung

Rechtsanwälte · Stufe 5

SCHULUNGSDATUM

[TT.MM.JJJJ]

UMFANG

[Anzahl Zeitstunden]

ZERTIFIKATSNUMMER

[Zertifikatsnummer]

ORT UND AUSSTELLUNGSDATUM

[Ort], [TT.MM.JJJJ]



[Name und Funktion]

Für die KI Academy



KI Akademie
— www.k-i.academy —