

Anmeldeformular Ergänzungsprüfung

1. Angaben Teilnehmer/Teilnehmerin

Titel	Geburtsdatum
Nachname	
Vorname	
Straße	
Postleitzahl und Ort	
Telefon	Matrikelnummer
E-Mail-Adresse	

2. Prüfung (Zutreffendes bitte ankreuzen und Termin eintragen.)

<input type="checkbox"/> Ergänzungsprüfung Latein	Termin
<input type="checkbox"/> Ergänzungsprüfung Latein für JuristInnen	Termin
<input type="checkbox"/> Ergänzungsprüfung (Alt-)Griechisch	Termin

Ich erkläre mich mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Sprachenzentrums einverstanden (siehe Website unter <http://www.uibk.ac.at/sprachenzentrum/>).

Datum

Unterschrift