

Please fill in without fail! - Bitte unbedingt ausfüllen!

Name of University:

Name der Hochschule/Universität _____

Address:

Adresse _____

For presentation to (Zur Vorlage bei):

Studentenwerk Marburg
 Amt für Ausbildungsförderung
 Erlenring 5
 D-35037 Marburg

fax: 06421 - 296223
 +49 6421 296223

This is to certify that

Bescheinigung, dass

Student name: _____

Name des Studenten:

Date of birth: _____

Geburtsdatum:

is enrolled
 ist eingeschrieben

* as a full-time student
 * als Vollzeitstudent

part-time student
 Teilzeitstudent

Language course / Orientation period

Sprachkurs/Orientierungszeitraum

from: _____
 von:

to: _____ (ddmmyy)
 bis: _____ (TTMMJJ)

Enrolment period

Einschreibungszeitraum

from: _____
 von:

to: _____ (ddmmyy)
 bis: _____ (TTMMJJ)

Faculty/Department of: _____

Fakultät/Abteilung:

Course of study-subject area: _____

Fachrichtung:

.....
 Signature/Unterschrift

.....
 Seal/Siegel

.....
 Date/Datum

*Please mark the **corresponding** box and attach the **confirmation of enrolment!**

*Kennzeichnen Sie bitte den entsprechenden Kasten und fügen Sie die Immatrikulationsbescheinigung bei!