

Please fill in without fail! - Bitte unbedingt ausfüllen!



Name of University:

Name der Hochschule/Universität _____

Address:

Adresse _____

For presentation to (Zur Vorlage bei):

Studierendenwerk Marburg
Amt für Ausbildungsförderung
Erlenring 5
D-35037 Marburg

fax: 06421 296223
tel: +49 6421 296-0

This is to certify that

Bescheinigung, dass

Student name: _____

Name des Studenten:

Date of birth: _____

Geburtsdatum:

is enrolled
ist eingeschrieben

* as a ☐
* als

full-time student
Vollzeitstudent

☐ part-time student
Teilzeitstudent

Enrolment period

Einschreibungszeitraum

from:

von:

to:

bis:

(ddmmyy)

(TTMMJJ)

Faculty/Department of: _____

Fakultät/Abteilung:

Course of study-subject area: _____

Fachrichtung:

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

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

.....
Signature/Unterschrift

.....
Seal/Siegel

.....
Date/Datum