

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 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

Faculty/Department of: _____

Fakultät/Abteilung:

Course of study-subject area: _____

Fachrichtung:

The duration of the course of studies will be ____ semester

Regelstudienzeit

The student will be awarded these qualification: _____

Art des Studienabschlusses (z.B. Bachelor / Master / lic. / mgr. / Dipl. / dr.med. ...)

Enrolment period from: _____

Einschreibungszeitraum

von:

to:

bis:

(ddmmyy)

(TTMMJJ)

Lecture period from: _____

Vorlesungszeitraum

von:

to:

bis:

(ddmmyy)

(TTMMJJ)

Study level*: 1styear ☐ 2ndyear ☐ 3rdyear ☐ 4thyear ☐ 5thyear ☐ 6thyear ☐

Studienniveau*: 1.Jahr 2.Jahr 3.Jahr 4.Jahr 5.Jahr 6.Jahr

.....
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!