

FLEXNOW-ANMELDUNG

Hiermit bitte ich:

Name, Vorname:

Straße:

PLZ : Wohnort:

Matrikel-Nr.:

e-Mail-Adresse:

Telefon-Nr.:

das Sekretariat von ÄDL um meine Anmeldung in FlexNow im
WS 20...../SS 20..... für die Veranstaltung **Nr.**

Seminarleiter/in:

Titel:

.....

Studiengang:

Studienbeginn:bis WS11/12,SoSe12-14,ab WS14/15

(bitte ankreuzen!)

Studienabschnitt:PflichtbereichWahlbereich

im **Modul:** Teilprüfung:

Regensburg, den

(Unterschrift)

VOM DOZENTEN/IN AUSZUFÜLLEN

Anmeldung genehmigt am:

durch:

Unterschrift der/s Dozentin/en

Anmeldung erfolgt am:

durch:

Unterschrift (Sekretariat)