**Sprachkursscheck**

Medizinische Universität Innsbruck

Amt der Universität

1. Angaben Teilnehmer/Teilnehmerin

|  |
| --- |
| Nachname |
| Vorname |
| E-Mail-Adresse |

2. Sprachkurs

|  |  |
| --- | --- |
| Kursnummer | Kurstitel |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Die angeführte Person ist berechtigt, an den angegebenen Sprachkursen des Sprachenzentrums der Universität Innsbruck teilzunehmen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum, Unterschrift  Amt der Medizinischen Universität, Stempel |  | Datum, Unterschrift  Sprachenzentrum, Stempel |