

Kooperationsvertrag zum Bachelorstudium

Kooperationsvertrag

mit dem Praxisträger:

Name:

Straße:

Ort:

Ansprechpartner(in):

Funktion:

E-Mail:

Telefon:

meldet folgenden Studierenden an:

Name:

Vorname:

Geburtstag:

Straße:

Wohnort:

E-Mail:

Matrikelnummer:

Immatrikulation zum Wintersemester:

Mit der/dem Studienanfänger:in hat das Unternehmen einen Ausbildungs- oder
Studienvertrag zum _____ abgeschlossen.