

Buddy Programm Anmeldeformular



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT

INNSBRUCK

Für das Jahr 20__

Abteilung Internationale
Beziehungen – International
Relations

1. Angaben zur Person

Name			
Matrikelnummer			
Derzeitiges Semester			
Geburtsdatum			
Anschrift (in Innsbruck)			
Telefonnummer			
Email			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers

2. Sprachkenntnisse

Sprache	Niveau (1 – Grundkenntnisse, 2 – Gute Kenntnisse, 3 – Sehr gute Kenntnisse, 4 – Muttersprache)

3. Anmerkungen

Haben Sie Wünsche bezüglich der Sprache, des Landes oder des Geschlechts der zu betreuenden Studierenden?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Nein	
Möchten Sie auch für künftige Jahre in unserer Datenbank als Buddy zur Verfügung stehen?	<input type="checkbox"/> Ja, bis auf Widerruf	<input type="checkbox"/> Nein, nur dieses Jahr

Ort, Datum

Unterschrift