

ERASMUS+ STA

Anmeldung der Gastdozentur

Academic Year 20 __ /20 __

Person

Titel, Vorname, Name: _____

Fachbereich: _____

Adresse: _____

Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Geplante Dauer der Mobilität

Von _____ bis _____ (Tag, Monat, Jahr)

Anzahl der Tage/geplante Lehrstunden: _____

Partnerhochschule

Name: _____

Ort, Land: _____

Erasmus-Code/EUC-Nr.: _____

Bilaterales Abkommen gültig bis: _____

Ort, Datum

Unterschrift der/des Dozentin/en

Bitte beachten Sie!

Sollten wir innerhalb von 4 Wochen keine Rückmeldung oder weitere Unterlagen von Ihnen erhalten, verfällt Ihre Bewerbung und Ihr Platz wird weitergegeben.