

ZENTRUM FÜR SPRACHLEHRE (ZfS)

Sprachkurse für Hörer:innen aller Fakultäten

Name, Vorname: _____

Matrikelnummer: _____

hat an folgenden Sprachkursen regelmäßig und mit Erfolg teilgenommen:

Titel der Lehrveranstaltung: _____

Winter-/Sommersemester: _____ Note: _____

Umfang: _____ ECTS: _____

Leistungsnachweis durch: _____

Unterschrift ZfS-Mitarbeiter:in _____

STEMPEL

Titel der Lehrveranstaltung: _____

Winter-/Sommersemester: _____ Note: _____

Umfang: _____ ECTS: _____

Leistungsnachweis durch: _____

Unterschrift ZfS-Mitarbeiter:in _____

STEMPEL

Titel der Lehrveranstaltung: _____

Winter-/Sommersemester: _____ Note: _____

Umfang: _____ ECTS: _____

Leistungsnachweis durch: _____

Unterschrift ZfS-Mitarbeiter:in _____

STEMPEL

Titel der Lehrveranstaltung: _____

Winter-/Sommersemester: _____ Note: _____

Umfang: _____ ECTS: _____

Leistungsnachweis durch: _____

Unterschrift ZfS-Mitarbeiter:in _____

STEMPEL