



## Anmeldung der mündlichen Abschlussprüfung (Kolloquium)

(bitte in Druckschrift ausfüllen)

Mit dem vorliegenden Formular melde ich mich verbindlich an für eine mündliche Abschlussprüfung (Kolloquium) im Rahmen des Kontaktstudiums „Migration & Gesellschaft“ (MuG). Mir ist bekannt und ich erkenne an, dass mit der Abgabe des ausgefüllten und unterschriebenen Anmeldeformulars die in der Prüfungsordnung festgelegte und sich im Falle einer mündlichen Abschlussprüfung auf das Absolvieren des Kolloquiums beziehende Bearbeitungszeit von acht Monaten beginnt.

Name:.....

Vorname:.....

Titel/Grad:.....

Geburtsdatum:.....

PLZ (privat):..... Ort (privat):.....

Straße (privat):.....

Telefon:.....

E-Mail:.....

Eine Rechnungsstellung soll erfolgen an

mich persönlich  Institution / Firma

Firmenadresse:.....

.....  
.....  
.....  
.....



Ich bin damit einverstanden, dass die Prüfungsgebühr einmalig per Lastschrift von folgendem Konto abgebucht wird:

Kontoinhaber/in:.....

Kreditinstitut:.....

IBAN:.....

Prüfungsgebühr:.....Euro

**Themen des Kolloquiums:**.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PrüferInnen des Kolloquiums:**.....

.....  
.....  
.....

Ich habe von den Teilnahmebedingungen Kenntnis genommen.

Mit der Speicherung meiner Daten zu veranstaltungsorganisatorischen Zwecken sowie für weitere Informationen bin ich einverstanden.

Ort und Datum: .....

Unterschrift:.....



**Johannes Gutenberg-Universität Mainz**  
**Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung (ZWW) 55099 Mainz**  
**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE67ZWW00000721025**

## **SEPA-Lastschriftmandat**

Mandatsreferenz: (wird vor dem Lastschrifteinzug auf der Rechnung mitgeteilt)

Ich ermächtige die Johannes Gutenberg-Universität, Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung (ZWW), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von vorgenannter Institution auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

### **Diese Einzugsermächtigung gilt bis auf Widerruf**

Ein Widerruf ist jederzeit per Fax oder Brief möglich.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber/in)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

IBAN



D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Bitte senden Sie dieses SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben per FAX an die Nummer (06131) 39 24714 oder per Post an die oben genannte Adresse