

## Anmeldung zum Kooperativen Studium

Bitte dem Praxisreferat zuleiten. Ingwi: CAS Raum 2208 oder Postfach 004 | Sowi (PdK): CAS Raum 11.04.12 oder Postfach | Wiwi: CRB Raum B-1-03 oder Postfach "G3 Praxisreferat".

### DATEN ZUM STUDENTEN/ZUR STUDENTIN

<b>ANREDE</b>	
<b>VORNAME</b>	
<b>NACHNAME</b>	
<b>ADRESSE</b>	
<b>E-MAIL</b>	
<b>TELEFON</b>	
<b>MATRIKEL- NUMMER</b>	
<b>STUDIEN- GANG</b>	

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme durch htw saar Mitarbeiter\*innen gespeichert werden.

### INFORMATIONEN ZUM KOOPERATIVEN STUDIUM

<b>BEGINN</b>	
<b>ENDE</b>	
<b>STUNDEN</b>	
<b>VERGÜTUNG (FREIWILLIGE ANGABE)</b>	

## DATEN ZUM UNTERNEHMEN

### - ANSPRECHPERSON FÜR DAS KOOPERATIVE STUDIUM

<b>NAME VOM UNTERNEHMEN</b>	
<b>ANREDE</b>	
<b>ANSPRECH- PERSON</b>	
<b>FUNKTION</b>	
<b>ADRESSE</b>	
<b>E-MAIL</b>	
<b>TELEFON</b>	

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme durch htw saar Mitarbeiter\*innen gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Unternehmen

Unterschrift Student\*in

**Anlage**      Anstellungsvertrag