



Europa-Universität Viadrina
Dezernat für Studentische Angelegenheiten
Große Scharrnstraße 59

15230 Frankfurt (Oder)

Antrag auf Zulassung als Zweithörer*in
Request for admission as visiting student

für das Wintersemester: _____ / _____ für das Sommersemester:
for the winter semester _____ *for the summer semester* _____

Name, Vorname: _____
Name, first name

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Date of birth _____ *City of birth*

Nationalität(en): _____
Nationality/-ies

Adresse: _____
Address

E-Mail: _____

Ich möchte an folgenden Lehrveranstaltungen teilnehmen:
I would like to participate in the following courses:

Nr. No.	Lehrveranstaltung Course	Professor/Dozent Professor / Lecturer
1		
2		
3		
4		
5		

Datum / *Date*

Unterschrift / *Signature*