



## Anmeldung der Abschlussarbeit

(bitte in Druckschrift ausfüllen)

Mit dem vorliegenden Formular melde ich mich verbindlich an für eine schriftliche Abschlussarbeit 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 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

**Thema der Abschlussarbeit:**.....

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

**BetreuerIn der Abschlussarbeit:**.....

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

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