

## Formular zur Einschreibung dual Studierender

### Dual Studierender / dual Studierende

Vorname / Nachname	
Studienstart	
Studiengang	
Ausbildungsberuf (nur bei Studiengang, in den eine Ausbildung integriert ist)	

### Praxispartner im dualen Studium – Anschrift des Unternehmens bzw. des Trägers

Unternehmen/Träger	
Anschrift	
PLZ, Ort	

Der Student/ die Studentin erklärt sich damit einverstanden, dass die Informationen zu statistischen Zwecken seitens der Hochschule Koblenz erhoben und verarbeitet werden.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

E-Mail [duales-studium@hs-koblenz.de](mailto:duales-studium@hs-koblenz.de) oder per Telefon: 0261 9528 950.