



EVANGELISCHE HOCHSCHULE RHEINLAND-WESTFALEN-LIPPE

Protestant University of Applied Sciences

Evangelische Hochschule
Rheinland-Westfalen-Lippe
Studierendenservice
Immanuel-Kant-Str. 18-20
44803 Bochum

Antrag auf Erstattung des Semesterbeitrags oder Sozialbeitrags

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>										
Straße:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>										
Konto- inhaber:	<input type="text"/>	BIC:	<input type="text"/>										
IBAN	<input type="text"/>												
Matr.-Nr.:	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>			<input type="text"/>									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Ich beantrage die Erstattung in Höhe der zuviel gezahlten Beiträge für das WS/SoSe aufgrund

- Einschreibung oder Rückmeldung nicht zustande gekommen
- Exmatrikulation vor Semesterbeginn (vor dem 01.03./01.09.)
- Exmatrikulation vor Vorlesungsbeginn (bis zum Freitag der Einführungswoche)
- Sonstige Gründe:

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Wird von der Hochschule ausgefüllt!

Höhe des zu erstattenden Betrages:	<input type="text"/>	Höhe des geleisteten Betrags:	<input type="text"/>	geleistet am:	<input type="text"/>
Verwendungszweck:	<input type="text"/>				
Datum:	<input type="text"/>	Zeichen:	<input type="text"/>		