



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

## Antrag auf Erstattung des Semesterbeitrags oder Sozialbeitrags

### Persönliche Daten

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Matr.-Nr.:

### Bankverbindung

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

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:  Höhe des geleisteten Betrags:  geleistet am:

Verwendungszweck:

Datum:  Zeichen: