

Bewerbungsformular Buddy Programm

Medizinische Hochschule Brandenburg
Theodor Fontane

MHB Studierende

International Office
Fehrbelliner Straße 38
16816 Neuruppin

international@mhb-fontane.de

Persönliche Angaben

Name	
Vorname	
Nationalität	
Geburtsdatum	
Studienfach	
Fachsemester	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> andere

Kontaktadresse

Straße	
PLZ / Ort	
E-Mail	

Persönlicher Hintergrund

Sprachen	
Auslandserfahrung	

Präferenzen bezüglich des Buddys aus dem Ausland

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> egal
Bevorzugte Sprache	

Hiermit bestätige ich, dass ich am Internationalen Buddy Programm teilnehmen werde und gebe mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten (E-Mail Adresse) zu Vermittlungszwecken vom Referat für Internationale Angelegenheiten weitergegeben werden dürfen. Eine darüberhinausgehende Weitergabe von Daten wird nicht erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift