



## Agreement Bachelor-Praktikum

### Studierende\*r

Name: \_\_\_\_\_

Immatrikulationsnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Praktikumsgeber\*in

Name Organisation: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Name Ansprechpartner\*in: \_\_\_\_\_

E-Mail Ansprechpartner\*in: \_\_\_\_\_

Telefon Ansprechpartner\*in: \_\_\_\_\_

### Praktikum

Genaues Start- und Enddatum: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad Praktikum: \_\_\_\_\_

Einsatzbereich: \_\_\_\_\_

Tätigkeiten Praktikum: \_\_\_\_\_

### **Anerkennung IPZ Praktikumsleitung (nicht von Studierenden auszufüllen)**

Praktikum genehmigt OK

Praktikumsbericht OK

3 ECTS OK

Unterschrift Datum