



Agreement Master-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

6 ECTS OK

Unterschrift Datum