



Tel.: + 49 (0) 3834 420-1278
Fax: + 49 (0) 3834 420-1279
E-Mail: zpa@uni-greifswald.de

ANTRAG AUF ANMELDUNG ZUR
WIEDERHOLUNGSPRÜFUNG
REGISTRATION REQUEST FORM FOR AN RE-EXAMINATION

Wintersemester
Winter Semester

Sommersemester
Summer Semester

Name, Vorname
Surname, First Name

Matrikelnummer
Student ID Number

--	--	--	--	--	--

Abschluss
Type of Degree

Studiengang
Degree Course

Hiermit beantrage ich die Anmeldung zu folgender / folgenden Wiederholungsprüfung/en:
I hereby request registration for the following examination resits:

Prüfung <i>Exam</i>	Prüfer/in <i>Examiner</i>	Prüfungstermin <i>Examination Date</i>

Datum, Unterschrift Studierende/r
Date, Signature Student