Formular gilt für alle Minderjährigen

Einverständniserklärung zur Teilnahme von Minderjährigen am virtuellen Schnupperstudium Zahnmedizin (07. Mai 2026)

Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Teilnahme meiner Tochter/ meines Sohnes

---

Name, Vorname in Druckbuchstaben

am virtuellen Schnupperstudium Zahnmedizin der Universität Witten/Herdecke am 07. Mai 2026 einverstanden bin.

Die Teilnahmegebühren in Höhe von 99,- € werde ich spätestens 14 Tage nach Zugang der Rechnung an die Private Universität Witten/Herdecke gGmbH überweisen.

Besondere Anmerkungen:

Kontaktdaten der/des Erziehungsberechtigten

Name

Vorname

Anschrift

Telefonnummer

Datum/ Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten