



Name: Vorname:

Matrikelnummer:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail: @ostfalia.de

WIV <input type="checkbox"/>	TLM <input type="checkbox"/>	LIM <input type="checkbox"/>	LIP <input type="checkbox"/>
PVM <input type="checkbox"/>	SPM <input type="checkbox"/>	TM <input type="checkbox"/>	SRM <input type="checkbox"/>
MD <input type="checkbox"/>	MM <input type="checkbox"/>	MK <input type="checkbox"/>	MVL <input type="checkbox"/>
FDU <input type="checkbox"/>	UQM <input type="checkbox"/>	VM <input type="checkbox"/>	KM <input type="checkbox"/>
MPM <input type="checkbox"/>	WMV <input type="checkbox"/>	LOM <input type="checkbox"/>	LOP <input type="checkbox"/>

Prüfungsfach/ Modul:

Prüfungsnummer:

Prüfungsleistung erbracht im SS / WW /

Die Note soll
von _____ auf _____ geändert werden

Datum: _____ Unterschrift des(r) Prüfers(in) _____