HOCHSCHULE SCHMALKALDEN
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Antrag auf Gebührenrückerstattung

(Request for fee Reimbursement)

Matrikel-Nr. (Student ID) or Bewerber-Nr. (Applicant No.)	Name (Surname)	Vorname (First name)

Angaben zur Rückerstattung (Information about the refund)

Betrag:
(amount)

Semester:
(semester)

Begründung:
(reason)

<u>Kontodaten des Kontoinhabers für die Rückerstattung</u> (Account owner details for the refund):

Kontoinhaber : _____
(Account owner)

Straße, PLZ; Wohnort : _____
(Street, postal code, city)

IBAN : _____

BIC : _____

Kreditinstitut : _____
(Credit institution)

_____ _____

Datum (Date) Unterschrift (Signature)

Das ausgefüllte Formular per Mail zurück an: ssz@hs-schmalkalden.de
Please send the completed form to the Student Office by email.