

Antrag auf Unterstützung eines Gastbesuchs im Rahmen des Internationalen Gastdozentenprogramms

An das Referat V/1 der Verwaltung:

Datum:

1) Einladende/r Lehrstuhl/Professur/Einrichtung an der Universität Passau:							
Ansprechpartner/-in:							
Durchwahl:	urchwahl: E-Mail-Adresse:						
2) Vorname und Name o	des einzuladenden	Gastdo	zenten/d	er Gastdozentin:			
,							
Akademischer Grad:							
Geburtsdatum und -ort:							
Nationalität:							
Adresse:							
E-Mail-Adresse:							
Telefon:							
Entsendende Hochschule	einrichtung:						
Partnerhochschule der Universität Passau:					Ja 🗌	Nein 🗌	
EU-Mitgliedsland:					Ja 🗌	Nein	
Aufenthaltsdauer:				Von	Bis		
Ist die Betreuung und Ur	terbringung des Ga	astes sic	hergestell	t, wenn ja, wie?	Ja 🗌	Nein	
-			_				
Kommen Familienangehörige mit?					Ja 🗌	Nein 🗌	
Bankverbindung des Gastdozenten							
Bank:							
Konto-Nr.:			BLZ:				
IBAN:			BIC:				
Barauszahlung über die Zahlstelle gewünscht					Ja 🗌	Nein 🗌	
3) Art der Veranstaltung							
(Vorlesung, Seminar, B		, Exkurs	ion, Fors	chungsprojekt, S	onstiges)		
			•	J , ,	<i>,</i>		
Titel der Veranstaltung:							
Umfang der Veranstaltung			SWS				
				a 🗌 und zwar	<u>ECTS</u>	Nein	
Werden Prüfungen abgenommen?					Ja 🔙	Nein	
Für welche Studiengänge	e ist die Veranstaltu	ng					
geeignet?							
Sonstiges:							
4) Honorar							
Das vereinbarte Honorar beträgt €							
Finanzierung aus Kostenstelle :							
Datum:	Unterschrift einladende/-r Lehrstuhlinhaber/-in:						
Datum: Unterschrift Dekanat WIWI Geschäftsführung:							

Unterschrift Leitung ICEBS/Prof. Dr. C. Häussler: