

LandArzt Studium Saar

Vernetzungsprogramm für Studierende der Landarztquote Saarland

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Semester: _____

Matrikelnr.: _____

Ich stimme einer Weitergabe meiner Kontaktdaten (Name, Telefonnummer, Mail) an die anderen Teilnehmenden des LASS-Programms zum Zwecke einer besseren Vernetzung zu.

Ich melde mich hiermit für das LASS-Programm an und bitte um weitere Informationen.



Unterschrift