



Zentrum für Hochschulsport
der Universität Potsdam

Übungsleitende Person im Zentrum für Hochschulsport der Universität Potsdam

Name: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

Tel.: _____

e-Mail: _____

Anschrift: _____

Mitarbeitende Person/ wissenschaftliche Hilfskraft an der UNI:

ja nein

Bankverbindung:

Swift/ BIC

--	--	--	--	--	--

IBAN

--	--	--	--	--	--

Kreditinstitut: _____

Hiermit bestätige ich, dass meine Kontaktdaten anderen Übungsleitenden zum Zweck der Vertretungssuche zur Verfügung gestellt werden können.

Datum, Unterschrift