



## Teilnahmebestätigung für die Lehrveranstaltung:

Albert-Ludwigs-Universität  
Freiburg

Institut für Pharmazeutische  
Wissenschaften

Prüfungsamt Pharmazeutische  
Wissenschaften

Hebelstr. 27  
79104 Freiburg

.....  
**(Name der Veranstaltung)**

- |                          |           |                          |           |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Seminar   | <input type="checkbox"/> | Praktikum |
| <input type="checkbox"/> | Vorlesung | <input type="checkbox"/> | Sonstiges |

Herr/Frau:.....

Matrikelnummer: .....

hat von.....bis.....

erfolgreich an der oben genannten Veranstaltung teilgenommen.

Er/Sie erhält dafür .....ECTS-Punkte.

Freiburg, .....

(Datum, Unterschrift des Dozenten/der Dozentin)