



## 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)