

Bestätigung des Partnerunternehmens

Das Unternehmen	Name:	
	Straße:	
	PLZ, Ort:	
	Telefon:	
vertreten durch	Frau / Herr / Divers:	
bestätigt für den dualen Studiengang	Medizinische Informatik Dual	
Variante	ausbildungintegriert ¹ <input type="checkbox"/>	praxisintegriert ² <input type="checkbox"/>
Studienbeginn	ab Wintersemester: Datum:	
Frau / Herr folgendes	Name:	Vorname:
	Geburtsdatum:	Geburtsort (freiwillig):
	Wohnort:	Straße:
	Telefon (freiwillig):	Mail:
Studien-/ und Ausbildungs-/¹ oder Arbeitsvertrag²	Hiermit bestätigt unser Unternehmen, dass für die Zeit der vorgesehenen dualen Hochschulausbildung mit der / dem vorstehend genannten Studierenden ein Studien-/ und Ausbildungs-/ ¹ oder Arbeitsvertrag ² abgeschlossen wird. Der Arbeitsvertrag ² beinhaltet die Tätigkeit in der Informatik.	
	Vertragsbeginn:	Vertragsende:

Informationsschreiben	Wir benötigen für die Semesterbeiträge ein Informationsschreiben. Ja: <input type="checkbox"/>	
Verantwortliche Ansprechperson für den Erhalt des Informationsschreibens in unserem Unternehmen	Name: Funktion:	Telefon: Mail-Adresse (erforderlich):
Rahmenvereinbarung	Unser Unternehmen bestätigt hiermit, dass es Partnerunternehmen ist, d.h. mit der Fachhochschule Dortmund eine gültige Rahmenvereinbarung abgeschlossen hat.	
Hochschulzugangsberechtigung	Unserem Unternehmen ist bekannt, dass als Voraussetzung für die Zulassung zu diesem Studium eine gültige Hochschulzugangsberechtigung erforderlich ist.	
Freistellung	Unser Unternehmen verpflichtet sich, der /dem Studierenden die zum Besuch der Lehrveranstaltungen gemäß Studienverlaufsplan und zu Prüfungen erforderlichen Freistellungen zu gewähren.	
Studienverlaufsplan	Bestätigung der Kenntnisnahme der vorläufigen Planung des Referenzzeitplanes „Medizinische Informatik Dual“, siehe Anhang.	
Hinweise zum Datenschutz	Bestätigung der Kenntnisnahme zum Datenschutz und Datenverarbeitung der Hochschule.	
Verantwortlicher Ansprechpartner für die Betreuung der / des Studierenden in unserem Unternehmen	Name: Funktion:	Telefon: Mail-Adresse:
	Ort, Datum	Unterschrift /Stempel

Referenzzeitplan „Medizinische Informatik Dual“
Änderungen aus lehrorganisatorischen Gründen vorbehalten!

Sie erhalten das Formular mit integriertem Referenzzeitplan als Word-Vorlage, wenn Sie uns eine E-Mail an **sekretariat.fb4fh-dortmunde** mit dem Betreff „Bestätigung des Partnerunternehmens“ schicken.