

Anmeldeformular: Ideenwettbewerb der Osnabrücker Hochschulen WS2018¹

Arbeitstitel der Idee*: _____

Vor- und Nachname*: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Email*: _____

Hochschule*: _____

Fachbereich/Fakultät: _____

Studiengang/ Semester*: _____

Ggf. Abschluss (-jahr)* _____

Ich bin*

- StudentIn MitarbeiterIn DoktorandIn AbsolventIn / Alumni

Die Idee möchte ich

- mit weiteren Partnern umsetzen alleine umsetzen

Ggf. Namen weiterer Partner:

Datenschutzerklärung

Ich bin mit der elektronischen Speicherung meiner Daten zum Zwecke der Durchführung des Ideenwettbewerbs vom Gründungsservice der Osnabrücker Hochschulen einverstanden.²

Ort, Datum

Unterschrift

(Bitte per E-Mail an: r.hoffmann@wt-os.de | Rückfragen unter: Tel. (0541) 969-2050)

In eigener Sache:

Wie haben Sie von diesem Wettbewerb erfahren?

- Homepage Gründungsservice Facebook Plakate Flyer Freunde/Bekannte Sonstiges

Ich möchte ein persönliches Beratungsgespräch beim Gründungsservice.

- Ja Nein

¹ *Mit Stern gekennzeichnete Felder sind Pflichtangaben. Werden diese nicht ausgefüllt, ist eine Anmeldung leider nicht möglich

² Sie können die Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise bei Reinhard Hoffmann (R.Hoffmann@wt-os.de) widerrufen. Diese Datenerhebung dient dem Prozess der Anmeldung und Durchführung des Ideenwettbewerbs. Ihre Daten werden ausschließlich zu dem angegebenen Zweck verarbeitet. Die Daten werden nach dem Wettbewerb unaufgefordert gelöscht.