



Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften  
Prüfungsausschuss der Fakultät Gesundheitswesen  
Poststr. 19  
**38440 Wolfsburg**

## Wahl des Studienschwerpunktes

Wichtiger Hinweis:

Dieses Formular muss bis zum **26. Oktober** beim Prüfungsausschuss vorliegen!

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Matrikelnummer \_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich für folgenden Studienschwerpunkt verbindlich an:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Schwerpunkt 1: Krankenhäuser
- Schwerpunkt 2: Krankenversicherungen
- Schwerpunkt 3: Pharmazeutische Industrie und Arzneimittelhandel

Die Lehrveranstaltungen dieser drei Schwerpunkte beginnen im jeweils vierten Fachsemester.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift