



Medizinische Universität Wien

Forschungsservice

**International Office**

Spitalgasse 23, 1090 Wien

AUSTRIA

---

### AUFENTHALTSBESTÄTIGUNG

Es wird hiermit bestätigt, dass

Herr / Frau .....,

in der Zeit vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_ bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_\_\_ einen Studienaufenthalt  
(Tag Monat Jahr) (Tag Monat Jahr)

- im Rahmen eines bestehenden Kooperationsabkommens
- als Free Mover

an ..... (Name der Institution)

absolviert hat.

**Auszufüllen von der Gastinstitution:**

Name des/der Unterzeichnenden:

.....

Funktion:

.....

Datum, Stempel und Unterschrift: