



To the
International Office
for Student & Staff Affairs
Medical University of Vienna
E-Mail: internationalmobility@muw.ac.at
Fax: +43 1 40160 921001

STAFF MOBILITY ACCEPTANCE FORM

Familiennamen und Vorname des Teilnehmers: /
Name and First Name of the Applicant:

Aufnahmeeinrichtung: /
Receiving Department:

geplanter Zeitraum des Aufenthalts: /
Planned Period of the Mobility:

Wir als aufnehmende Abteilung bestätigen die Annahme des vom Bewerber vorgelegten Mobilitätsvertrags (= Mobility Agreement) /
The receiving department does confirm that the proposed Mobility Agreement (to be submitted by the applicant) is approved

.....

Date, Stamp and Signature / Datum Stempel und Unterschrift

.....

Date, Signature of the applicant / Datum und Unterschrift des Bewerbers