

An die  
Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen  
SSC-Studierendenmanagement  
Ernst-Boehe-Str. 4  
67059 Ludwigshafen

## Mitteilung Namensänderung

Studiengang:

Matrikelnummer:

Fachsemester

**Name**, Vorname:

**Geburtsname**:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefonnummer:

Mobiltelefon

E-Mail-Adresse:

Ort, Datum & Unterschrift:

**Kenntnisnahme Bibliothek:**

Datum, Handzeichen: