



Aufnahmeverfahren 2026 Ansuchen um Rückerstattung der Kostenbeteiligung

Füllen Sie dieses Formular **ELEKTRONISCH** korrekt und vollständig aus.

Ich ersuche um Rückerstattung der Kostenbeteiligung laut Originaleinzahlungsbestätigung und um Überweisung auf mein Konto.

Angaben der/des Studienwerbenden

Familienname	Vorname	Bearbeitungsnummer:
Geburtsdatum		
Adresse (Strasse, PLZ, Ort)		
Telefonnummer	Email-Adresse	

Gründe für Antragsstellung:

Der Betrag wurde über die Höhe der Kostenbeteiligung hinaus entrichtet.

Der Betrag wurde entrichtet, obwohl keine Internet-Anmeldung erfolgte.

Sonstige Gründe _____

Der Antrag auf Rückerstattung ist vollständig (inkl. Überweisungsbestätigung) aufgrund der oben genannten Fällen an die Medizinische Universität Innsbruck ausschließlich per E-Mail an anv-kostenbeteiligung@i-med.ac.at zu richten.

Einbezahlt am: _____ Einbezahlter Betrag: € _____

Zu refundierender Betrag: € _____

Name des Geldinstitutes:	Land des Geldinstitutes:
Bankleitzahl:	Kontonummer:
IBAN:	BIC:
lautend auf:	

.....
Datum

.....
Unterschrift der/des Studienwerbenden