



L'UNIVERSITÉ DE MÉDECINE DE VIENNE

Services de Recherches

Bureau des Relations Internationales

Spitalgasse 23, 1090 Vienne

AUTRICHE

ATTESTATION DE SÉJOUR

Il est confirmé que

M./Mme

a passé un séjour d'études

du ____ . ____ . 20____ au ____ . ____ . 20____

(*jour mois année*) (*jour mois année*)

dans le cadre d'une coopération interuniversitaire

comme auditeur libre

à (Nom de l'institution)

À remplir par l'institution recevante:

Nom du signataire:

.....

Fonction:

.....

Date, cachet et signature: