



Examensveranstaltungscode:

19102007

DA

220000

Nummer Examenszentrum :

Examenszentrum VCA:

Ort:

Datum Examen:

Examensform: schriftlich Vorleseexamen

Nummer Kandidat:

Nachname:

Vornamen oder Initialen:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Fehler:

Gesamtpunktzahl:

Achtung! Nur mit einem schwarzen Bleistift ausfüllen; korrigieren Sie, indem Sie die falsche Antwort ausradieren. Nur eine Antwort ist richtig! Außer in das Kästchen für die Gesamtpunktzahl darf von den Korrektoren nicht auf die Vorderseite dieser Antwortkarte geschrieben werden.

	A	B	C
1		<input type="checkbox"/>	
2		<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>		
4		<input type="checkbox"/>	
5			<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>		
8		<input type="checkbox"/>	
9			<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>		
11	<input type="checkbox"/>		
12		<input type="checkbox"/>	
13		<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>		
15			<input type="checkbox"/>
16			<input type="checkbox"/>
17			<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>		
19	<input type="checkbox"/>		
20	<input type="checkbox"/>		

	A	B	C
21		<input type="checkbox"/>	
22	<input type="checkbox"/>		
23			<input type="checkbox"/>
24		<input type="checkbox"/>	
25		<input type="checkbox"/>	
26	<input type="checkbox"/>		
27	<input type="checkbox"/>		
28			<input type="checkbox"/>
29			<input type="checkbox"/>
30		<input type="checkbox"/>	
31	<input type="checkbox"/>		
32	<input type="checkbox"/>		
33		<input type="checkbox"/>	
34	<input type="checkbox"/>		
35			<input type="checkbox"/>
36			<input type="checkbox"/>
37			<input type="checkbox"/>
38			<input type="checkbox"/>
39			<input type="checkbox"/>
40		<input type="checkbox"/>	

	A	B	C
41		<input type="checkbox"/>	
42			<input type="checkbox"/>
43			<input type="checkbox"/>
44	<input type="checkbox"/>		
45	<input type="checkbox"/>		
46		<input type="checkbox"/>	
47			<input type="checkbox"/>
48			<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>		
50			<input type="checkbox"/>
51			<input type="checkbox"/>
52	<input type="checkbox"/>		
53	<input type="checkbox"/>		
54	<input type="checkbox"/>		
55			<input type="checkbox"/>
56		<input type="checkbox"/>	
57		<input type="checkbox"/>	
58			<input type="checkbox"/>
59		<input type="checkbox"/>	
60			<input type="checkbox"/>

