Medizinische Fakultät der Universität Bonn

Promotionsverfahren Dr. med. oder Dr. med. dent. auswählen

**Antrag auf Auflösung der\*des Betreuungsvereinbarung/Doktorandenvertrages (§ 5 Abs. 2 PromO 2021)**

|  |  |
| --- | --- |
| Name *(Surname)* | Bitte eintragen |
| Vorname *(First name)* | Bitte eintragen |
| Geburtsdatum- ort *(Date & place of birth)* | Bitte eintragen |
| Straße/Hausnummer *(street/house number)* | Bitte eintragen |
| Postleitzahl/Wohnort *(zip code/place of residence)* | Bitte eintragen |
| Telefonnummer *(telephone number)* | Bitte eintragen |
| E-Mail *(Email)* | Bitte eintragen |
| Doktorvater\*mutter *(supervisor)* | Bitte eintragen |
| Titel der Dissertation *(subject of the doctoral thesis)* | Bitte eintragen |
| Begründung der Auflösung *(reason for dissolution)* | Bitte eintragen |

Die Betreuungsvereinbarung kann jederzeit durch die\*den Promovendin\*en wie durch die\*den Betreuer\*in aufgelöst werden. Die Auflösung muss schriftlich beim Promotionsausschuss beantragt und begründet werden.

Hiermit beantrage ich die Auflösung meiner\*s Betreuungsvereinbarung/Doktorandenvertrages.

Datum auswählen

[Datum, Unterschrift Bewerber\*in]

Datum auswählen

[Datum, Unterschrift + Stempel Doktorvater\*mutter]