Medizinische Fakultät der Universität Bonn

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

**Antrag auf Übernahme des Doktoranden-Betreuungs-Vertrages**

Hiermit beantrage ich,

|  |  |
| --- | --- |
| Name *(Surname)* | Bitte eintragen |
| Vorname *(First name)* | 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 |
| Titel der Dissertation *(subject of the doctoral thesis)* | Bitte eintragen |
| Datum Doktoranden-Betreuungs-Vertrag *(date of contract)* | Bitte eintragen |

eine Übernahme meiner Betreuungsvereinbarung von meinem\*r ehemaligen Doktorvater\*mutter

|  |  |
| --- | --- |
| Doktorvater\*mutter *(supervisor)* | Bitte eintragen |
| Klinik\*Institut *(clinic\*Institute)* | Bitte eintragen |

zu meinem\*r neuen Doktorvater\*mutter

|  |  |
| --- | --- |
| Doktorvater\*mutter *(supervisor)* | Bitte eintragen |
| Klinik\*Institut *(clinic\*Institute)* | Bitte eintragen |

Die Übernahme erfolgt im gegenseitigen Einvernehmen aller Vertragspartner, welche auf meinem Doktoranden-Betreuungs-Vertrag genannt sind.

Datum auswählen

[Datum, Unterschrift Bewerber\*in]

Datum auswählen

[Datum, Unterschrift + Stempel alte\*r Doktorvater\*mutter]

Datum auswählen

[Datum, Unterschrift + Stempel neue\*r Doktorvater\*mutter]