Medizinische Fakultät der Universität Bonn

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

**Antrag auf Verlängerung 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 |

eine Verlängerung meiner Betreuungsvereinbarung mit meinem\*r Doktorvater\*mutter

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

mit folgender Begründung

|  |  |
| --- | --- |
| Begründung der Verlängerung *(reason for extension)* | Bitte eintragen |

|  |  |
| --- | --- |
| Ursprüngliches Enddatum *(initial end date)* | Bitte eintragen |
| Nun beantragtes Enddatum *(Now requested end date)* | Bitte eintragen |

Datum auswählen

[Datum, Unterschrift Bewerber\*in]

Datum auswählen

[Datum, Unterschrift + Stempel Doktorvater\*mutter]