Medizinische Fakultät der Universität Bonn

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

**Kenntnis der Richtlinien zur guten wissenschaftlichen Praxis der Universität Bonn (§ 7 Abs. 1 Nr. 3 S. 2 PromO 2021 / § 7 Abs. 1 Nr. 2 S. 2 PromO 2017)** *(Knowledge of the guidelines for good scientific practice at the University of Bonn)*

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| Thema der Dissertation *(subject of the doctoral thesis)* | Bitte eintragen |

Hiermit bestätige ich, dass ich die Richtlinien zur guten wissenschaftlichen Praxis der Universität Bonn erhalten und zur Kenntnis genommen habe und ich versichere, dass ich sie beim Verfassen der o. g. Dissertation beachtet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle in der o. g. Dissertation benutzten Quellen und Hilfsmittel angegeben habe.

*(I hereby confirm that I have received and taken note of the guidelines for good scientific practice at the University of Bonn and that I have abided by them when writing the aforementioned doctoral thesis. In particular, I confirm that I have listed all of the sources and resources used in the aforementioned doctoral thesis)*

Datum auswählen

[Datum/*Date*, Unterschrift/*Signature*]