Medizinische Fakultät der Universität Bonn

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

**Antrag auf Anmeldung zur Promotion (§ 7 PromO)**

*Angaben zu Ihrer Person*

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Bitte eintragen |
| Ggf. Geburtsname | Bitte eintragen |
| Vorname | Bitte eintragen |
| Geschlecht | Bitte eintragen |
| Geburtsdatum- ort | Bitte eintragen |
| Straße/Hausnummer | Bitte eintragen |
| Postleitzahl/Wohnort | Bitte eintragen |
| Telefonnummer | Bitte eintragen |
| E-Mail | Bitte eintragen |

*Angaben zu Ihrer Dissertation*

|  |  |
| --- | --- |
| Titel der Dissertation | Bitte eintragen |
| Doktorvater\*mutter | Bitte eintragen |
| Anschrift Doktorvater\*mutter | Bitte eintragen |
| E-Mail Doktorvater\*mutter | Bitte eintragen |

*Angaben zu Ihrem Studium*

|  |  |
| --- | --- |
| Matrikelnummer, Ort | Bitte eintragen |
| Fachsemester, Ort | Bitte eintragen |
| Ggf. Fachsemester im Ausland, Ort | Bitte eintragen |
| Liegt eine Teilnahme an einem strukturierten Promotionsprogramm vor? (z. B. BONFOR/SciMed) | ja  nein |
| Wenn ja, welches? | Bitte eintragen |

|  |
| --- |
| Hiermit bestätige ich, dass ich die Promotionsordnung beachtet und alle Inhalte der genannten Paragrafen berücksichtigt habe. |
| Hiermit bestätige ich, dass ich alle erforderlichen Unterlagen, welche auf der Checkliste genannt sind, auf Richtigkeit und Vollständigkeit geprüft habe. |
|  |

Datum auswählen

[Datum, Unterschrift]