Medizinische Fakultät der Universität Bonn

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

**Antrag auf Änderung des Titels 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 |
| Datum Doktoranden-Betreuungs-Vertrag *(date of contract)* | Bitte eintragen |
| Doktorvater\*mutter *(supervisor)* | Bitte eintragen |

eine Änderung des Themas von ehemals

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

zu

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

[ ]  Die Titeländerung spiegelt eine Präzisierung und/oder Erweiterung der bereits vereinbarten Arbeit dar.

[ ]  Die Titeländerung wurde notwendig, da sich das Forschungsthema geändert hat. In diesem Fall muss eine Stellungnahme zu vorgenommenen Änderungen gestellt werden. Anteile, die aus bisherigen Arbeiten genutzt werden können, sollten benannt werden.

[ ]  Die Titeländerung ist notwendig, da eine neue Arbeit begonnen werden soll. Hierfür ist die Einreichung einer neuen Betreuungsvereinbarung notwendig.

Datum auswählen

[Datum, Unterschrift Bewerber\*in]

Datum auswählen

[Datum, Unterschrift + Stempel Doktorvater\*mutter]