

Anmeldung eines Promotionsverfahrens

zum Dr. med.

Dr. med. dent.

nach der Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin vom 8. Juni 2005

Name, Vorname der/s Doktorandin/en:

Geschlecht:



Geburtsdatum

Geburtsort:

Anschrift der/s Doktorandin/en:

Arbeitsbeginn (Monat/Jahr):

Arbeitstitel der Dissertation:

**Unterschrift
der/s Doktorandin/en:**

**Unterschrift UND Stempel
der/s betreuenden Hochschullehrerin/s**

Die gleichzeitige Anmeldung mehrerer Promotionsvorhaben eines/r Doktoranden/in ist unzulässig. Die angemeldeten Themen dürfen ohne erfolgreichen Abschluss des Promotionsverfahrens nicht einer dritten Stelle zugänglich gemacht werden.

Als Anlage ist beizufügen:

- das Zeugnis der Ärztlichen oder Zahnärztlichen Prüfung (Kopie reicht aus)
- oder
- Immatrikulationsbescheinigung im Studiengang Medizin oder Zahnmedizin der Charité

Öffnungszeiten des Promotionsbüros:

dienstags: 09.00 – 13.00 Uhr
mittwochs: 09.00 – 12.00 Uhr und 13.30 – 16.30 Uhr
donnerstags: 13.30 – 16.00 Uhr

Name, Anschrift

**Medizinische Fakultät Charité –
Universitätsmedizin Berlin**
Campus Virchow-Klinikum
Promotionsbüro
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Berlin, den _____

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die „Grundsätze der Medizinischen Fakultät der Charité zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ zur Kenntnis genommen habe.

Unterschrift der/des Doktorandin/en