

Das Formular ist am Computer auszufüllen und muss händisch unterschrieben werden!!!

1. Persönliche Angaben

Familienname, ggf. Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Heimatanschrift: _____

2. Angaben zur Promotion berechtigendes, vorangegangenes Studium

Fachrichtung: Zutreffendes ankreuzen!

Humanmedizin

oder Zahnmedizin

Datum Ärztliche / Zahnärztliche Prüfung: _____ Semesterzahl: _____ Gesamtnote: _____

Hochschule / Uni: _____ Matrikelnummer: _____

3. Angaben zu früheren Studienzeiten im In- oder Ausland - Auch nicht abgeschlossenes Studium

Anderes Studium als bei „2.“ angegebenes Studium vorhanden: Ja Nein Wenn „Ja“, dann nachfolgend ausfüllen, sonst weiter mit „4. HZB“!

Name der Hochschule der Erstimmatrikulation: _____

Land der Hochschule der Erstimmatrikulation: _____

Monat / Jahr der erstmaligen Immatrikulation: _____

4. Hochschulzugangsberechtigung (HZB)

Art der HZB: Abitur Fachgebundene HS-Reife Beruflicher HZB Außerhalb Deutschland

Datum der HZB: _____ Ort: _____ Land: _____

Bitte die Rückseite berücksichtigen!



