

Promotionsstudium mit dem angestrebten Titel „Dr. rer. nat. / Ph.D.“

Hiermit bestätige ich, dass unten aufgeführte Person die Promotion unter meiner Betreuung durchführen wird.

Doktorand

Name, Vorname _____

an der Fakultät für _____ Gesundheit

Promotionsstudium _____ Doctor rerum naturalium (Dr. rer. nat.) / Philosophiae Doctor (Ph.D)

Studiengang _____ Biochemie / Biomedizin 6 Sem. / Biomedizin 9 Sem.

Lehrstuhl / Institut: _____

Thema der Dissertation _____

Betreuer

Name, Vorname, Titel _____

Institut/Lehrstuhl _____

Datum

Unterschrift Doktorand

Datum

Unterschrift verantwortlicher Betreuer

Dem Promotionsvorhaben stimme ich zu.

Datum

Unterschrift Vors. des Promotionsausschusses