

Anschrift Antragsteller/-in

Datum

An den
Promotionsausschuss Dr. med./Dr. med. dent.
über das Promotionsbüro Medizin
S-Nachwuchs
Schlossplatz 4
91054 Erlangen

Abschluss des Promotionsverfahrens zum „Dr. med.“ oder „Dr. med. dent.“

Ich (Vorname, Name) _____
wurde vor dem 6.11.2020 zum Promotionsverfahren zur Erlangung des Titels „Dr. med.“ oder „Dr. med. dent.“ zugelassen.

Hiermit erkläre ich, dass ich mein Promotionsverfahren nach den Vorgaben der Fakultätspromotionsordnung Medizin vom 21. Januar 2013 in der Fassung vom 30. November 2016 (alte Ordnung) zum Abschluss bringen möchte.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Promovierenden