



Meldung über die Annahme von Doktoranden/Doktorandinnen

(bitte per E-Mail an ssc.promotionmedizin@uni-luebeck.de)

Doktorand*in

Name, Vorname: _____

E-Mail-Adresse: _____

Derzeitig immatrikuliert? Nein Ja

Wenn ja: Studienfach/Universität/Promotionsstudiengang: _____

Erstbetreuer*in:

Name: _____

E-Mail-Adresse: _____

Institut/Klinik: _____

Kobetreuer*in:

Name: _____

E-Mail-Adresse: _____

Institut/Klinik: _____

Annahme der Dissertation zum (Monat/Jahr): _____

Voraussichtliche Dauer des Dissertationsprojektes (Monate): _____

Aussagekräftiger Titel des Dissertationsprojektes:

Wurde dieses Thema schon einmal vergeben? Nein Ja

Arbeiten an diesem Thema mehrere Doktoranden/Doktorandinnen? Nein Ja

(Ort, Datum)

(Unterschrift Doktorand*in)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Erstbetreuer*in)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Kobetreuer*in)