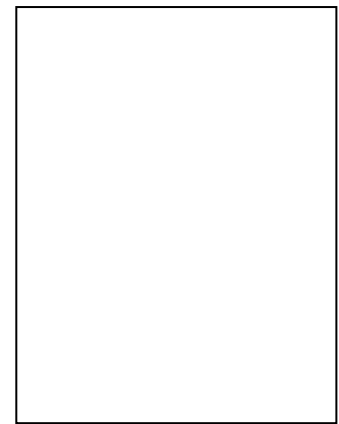


ANTRAG AUF EINLEITUNG UND DURCHFÜHRUNG DES VERFAHRENS ZUR  
ERLANGUNG EINES DOKTORGRADES DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT DER  
WESTFÄLISCHEN WILHELMS-UNIVERSITÄT MÜNSTER

---

NAME/VORNAME : .....  
GEBORENE/R : .....GEBURTSORT: .....GEB.DATUM: .....  
FAMILIENSTAND : .....STAATSANGEHÖRIGKEIT: .....  
PLZ : .....ORT : .....  
STRASSE/ NR. : .....TELEFON : .....  
E-MAIL ADRESSE:.....



Lichtbild aus dem Jahre .....

TITEL DER DISSERTATION : .....  
.....  
.....  
.....

DIE ARBEIT WURDE IN DER KLINIK / DEM INSTITUT: .....  
.....ANGEFERTIGT .

STUDIENVERLAUF FÜR BEWERBER ZUM DR.MED. / DR.MED.DENT. :

DATUM, SCHULE UND ORT DER REIFEPRÜFUNG : .....  
.....  
ORT / ORTE DES VORKLINISCHEN STUDIUMS : .....  
ORT / ORTE DES KLINISCHEN STUDIUMS : .....  
STUDIENSEMESTER GESAMT : .....DAVON IN MS : .....

ÄRZTLICHE / ZAHNÄRZTLICHE PRÜFUNG, ORT U. DATUM : .....

APPROBATION / BESTALLUNG VON (BEHÖRDE) MIT GELTUNG VOM :

.....

STUDIENVERLAUF FÜR BEWERBER ZUM DR. RER. MEDIC. :

DATUM, SCHULE U. ORT DER REIFEPRÜFUNG : .....

ART DES ERFOLGREICH ABGESCHLOSSENEN STUDIUMS : .....

ART DES ABSCHLUSSES (BESTALLUNG, STAATSEXAMEN, DIPLOM O.Ä. :

.....

AUSSTELLENDEN BEHÖRDE, DATUM : .....

= = = = = = = = =

Das Promotionsverfahren wird nach der mir bekannten Promotionsordnung vom 23. Oktober 2008 durchgeführt.

Es ist mir bekannt, dass die Promotionsurkunde erst nach Abgabe aller Pflichtexemplare /digitale Ausgabe ausgehändigt wird und dass ich erst nach Empfang der Urkunde berechtigt bin, den Dokortitel zu führen.

.....den.....

-----

Unterschrift

Öffnungszeiten des Fakultätsdekanats :

Mo. bis Do. von 9.00 - 12.00 Uhr u. 14.00 - 15.00 Uhr

Fr. von 9.00 - 12.00 Uhr