

**Abmeldung einer wissenschaftlichen Arbeit
Dr. med./Dr. med. dent.**

Bitte angehängtes Formular in 3-facher Ausfertigung ausfüllen:

jeweils 1 Original geht an

- die ehemalige Promovendin/den ehemaligen Promovenden
- die ehemalige betreuende Hochschullehrende/
den ehemaligen betreuenden Hochschullehrenden

Das dritte Original ist an die Fakultät für Medizin weiterzuleiten.

Fakultät für Medizin

Vereinbarung zur Aufhebung einer Doktorand:innen-Betreuungs-Vereinbarung (DokBetrVb)

Die zum Zwecke der Promotion geschlossene Doktoranden-Betreuungs-Vereinbarung

vom

zwischen

Frau / Herrn

(Betreuender Hochschullehrer/Betreuende Hochschullehrerin)

(Einrichtung: Klinik/Poliklinik/Institut/Lehrstuhl/Abteilung)

und

Frau / Herrn

(Doktorand/Doktorandin)

(Adresse)

wird mit Wirkung zum

einvernehmlich beendet.

Die Auflösung wird der Fakultät für Medizin mitgeteilt.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort

Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort

Datum

Unterschrift

(Doktorand/Doktorandin)

Unterschrift und Stempel

(Betr. Hochschullehrender/Betr. Hochschullehrende)