



Anmeldeformular für das 1. Fachsemester

Bitte digital ausfüllen!

Anmeldung für das WS / SS _____

Persönliche Daten

Anrede Herr Frau Divers

Name _____

Vorname(n) _____

Geb.-Dat. _____

Matrikel-Nr. _____

Staatsangehörigkeit _____

Linkshänder Nein Ja

Semesteradresse

PLZ, Wohnort _____

Handy _____

Straße, Nr. _____

E-Mail _____

(Med. E-Mail Adresse)

Heimadresse

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Straße, Nr. _____

E-Mail _____

Land _____

Weitere Angaben

Zu welchem Semester wurden Sie zum Studium der Zahnheilkunde zugelassen?

WS / SS _____ Studiensemester _____

Haben Sie anerkannte Scheine oder Abschlüsse in der Humanmedizin? Nein Ja

Falls ja, welche _____

Haben Sie bereits an einer anderen Universität studiert?

Ja (Universität/Studiengang/Dauer) _____

Nein

Erfolgte eine Hochstufung? Nein Ja

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der aufgeführten Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Kursorganisation und Kursdurchführung in elektronischer Form gespeichert werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bitte eine gültige Studienbescheinigung und Passbild (auf der Rückseite mit Namen versehen) anhängen!
Projektbeitrag 3,-€ (freiwilliger Betrag) und Namenschild 2,-€.

Zum 1. Semester wird der Impfstatus gegen Masern kontrolliert. Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit!