Formular zur Übermittlung von Zulassungsprüfungen

Departement:

Bitte wählen:

Zulassungsprüfung/en für die Aufnahme zum Doktorat von:

Name, Vorname Doktorand/in

Titel, Name, Vorname Dissertationsleiter/in

Kurs-Nr.	Titel	Dauer (Min.)	Modus	Examinator/Beisitzer
		Min.	schriftl.	

Kurs-Nr.	Titel	Dauer (Min.)	Modus	Examinator/Beisitzer
		Min.	schriftl.	

Kurs-Nr.	Titel	Dauer (Min.)	Modus	Examinator/Beisitzer
		Min.	schriftl.	

Kurs-Nr.	Titel	Dauer (Min.)	Modus	Examinator/Beisitzer
		Min.	schriftl.	

Kurs-Nr.	Titel	Dauer (Min.)	Modus	Examinator/Beisitzer
		Min.	schriftl.	

Kurs-Nr.	Titel	Dauer (Min.)	Modus	Examinator/Beisitzer
		Min.	schriftl.	

Departementsvertreter:

Datum | Titel, Name, Vorname | Unterschrift