

Familienname, ggf. Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Heimatanschrift: _____

Fachrichtung: _____ Bachelor/Master am: _____

Hochschule: _____ Matrikelnummer: _____ Anzahl der Semester: _____

Thema der Dissertation: _____

Aus dem Institut / aus der Klinik: _____

Erklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die von der MHH im Rahmen meines Promotionsverfahrens erhobenen Daten EDV-mäßig bearbeitet und gespeichert sowie anonym zu statistischen Zwecken ausgewertet und nach dem Gesetz über die Statistik im Hochschulwesen (HStatG) an das Statistische Landesamt weitergegeben werden. Die erhobenen Einzeldaten werden gemäß § 16 Bundesstatistikgesetz geheimgehalten.

Ich übertrage der Medizinischen Hochschule Hannover, weitere Kopien von meiner Dissertation herzustellen und zu verbreiten.

Datum

Unterschrift