

Einverständniserklärung zur Plagiatsprüfung

Angaben Doktorand/in:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Titel der Dissertationsarbeit:

Ich bin mit der Überprüfung meiner o.g. Dissertationsarbeit mittels der von der Medizinischen Fakultät vorgegebenen Plagiaterkennungssoftware einverstanden (siehe §12 aktuelle Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät).

Datum:

Unterschrift Doktorand/in: