

Lichtbild
-----------

## Antrag um Aufnahme zum Master-Studium Restaurativ-Prothetische Zahnheilkunde

für das Studienjahr
---------------------

Ich erfülle die Aufnahmebestimmungen und bewerbe mich um die Aufnahme zum Master-Studium Restaurativ-Prothetische Zahnheilkunde an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (bitte Kästchen ankreuzen!)

### Persönliche Daten (Bitte in Blockschrift)

Familienname		Vorname(n)		<input type="checkbox"/> weiblich
				<input type="checkbox"/> männlich
Akademischer Grad	Titel		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Sozialversicherungsnummer	Staatsbürgerschaft	

### Heimatadresse

Straße/Hausnummer		
PLZ/Ort	Land	
Telefon	Mobiletelefon	E-Mail

### Adresse am Dienort

Arbeitgeber/Institution		
Beruf		
Straße/Hausnummer		
PLZ/Ort	Land	
Telefon	Mobiletelefon	E-Mail

**Zustelladresse** (nur auszufüllen falls unterschiedlich zur Heimatadresse)

Straße/Hausnummer		
PLZ/Ort	Land	
Telefon	Mobiletelefon	E-Mail

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und nehme zur Kenntnis, dass falsche Angaben die Ungültigkeit des Antrags zur Folge haben können. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der elektronischen Verarbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**Beilagen**

Folgende Unterlagen sind diesem Antrag beizulegen oder im Studienmanagement vorzulegen  
(als *notariell beglaubigte Kopien*, bitte keine Dokumente im Original senden!):

- (1) Kurzer tabellarischer Lebenslauf**
- (2) Reifezeugnis**  
oder sonstiger Nachweis über die Zuerkennung der Hochschulreife (Nachweis über Studienberechtigung)
- (3) Doktorsurkunde Humanmedizin und Doktorsurkunde Zahnmedizin**  
oder Facharzt Diplom für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Facharzt Diplom für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie