



Anmeldung zur Famulatur / Application for a Clinical Elective

PERSÖNLICHE DATEN / PERSONAL DETAILS

Name / Last Name (Surname)

Vorname / First Name

Matrikelnummer / Student ID-Number

Geburtsdatum / Date of Birth

Geburtsort / Place of Birth

Adresse / Address

Telefonnummer / Phone number

E-Mail Adresse / E-Mail Address

MAC-Kartennummer (falls vorhanden) / Employee ID Card Number (if available)

ZEITRAUM / PERIOD OF TIME

vom / from _____ bis / to _____

SONSTIGES / OTHER INFORMATION

Bitte ausgefüllt zurück an Frau Deanovic / Studenten-Sekretariat: jelena.deanovic@med.uni-tuebingen.de

Please complete and return this form to Ms. Deanovic / Student Affairs Office): jelena.deanovic@med.uni-tuebingen.de