**Bewerbungsformular für eine Assoziierung am CMB**

NAME:

VORNAME:

GEBURTSDATUM:

STAATSANGEHÖRIGKEIT:

WOHNORT:

STATUS : FORSCHER/IN POST-DOKTORAND/IN DOKTORAND/IN

FACHBEREICH:

THEMA DES FORSCHUNGSPROJEKTS:

HEIMATUNIVERSITÄT(EN):

NUR FÜR DOKTORAND/INNEN: ­

JAHR DER ANMELDUNG DER DOKTORARBEIT:

TEILNAHME AM COTUTELLE-VERFAHREN: JA NEIN

ZWEITE HEIMATUNIVERSITÄT:

BETREUER/INNEN:

FINANZIERUNG:

SPRACHKOMPETENZEN\*:

Deutsch:

Französisch:

SPRACHKOMPETENZEN\* :

Deutsch :

Französisch :

GEWÜNSCHTER ZEITRAUM:

FORSCHUNGSSCHWERPUNKT, IN DEN SIE SICH EINSCHREIBEN MÖCHTEN :

WIE WOLLEN SIE IHR PROJEKT IN DIE FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE AM CMB EINBRINGEN UND WELCHEN MEHRWERT ERHOFFEN SIE SICH VON EINEM AUFENTHALT AM CMB FÜR IHR PROJEKT?

NUR FÜR DOKTORAND/INNEN: WAS SIND IHRE BERUFLICHEN PLÄNE?