

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:

HEIMATUNIVERSITÄT:

TEILNAHME AM COTUTELLE-VERFAHREN: JA NEIN

ZWEITE HEIMATUNIVERSITÄT:

BETREUER/INNEN:

FINANZIERUNG:

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?

