



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Promotionsbüro
Medizinische Fakultät



**Erklärung zur Kenntnis über Sanktionen bei unzutreffenden
oder unvollständigen Angaben**

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Hiermit erkläre ich, dass mir bekannt ist, dass unzutreffende oder unvollständige Angaben im wissenschaftlich begleiteten Promotionsverfahren Sanktionen nach sich ziehen können, neben weitergehenden Sanktionen insbesondere die Annahme als Doktorandin oder Doktorand rückwirkend aufgehoben werden kann und das wissenschaftlich begleitete Promotionsverfahren damit als gescheitert gilt.

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin/Doktorand