

**INTERESSENBEKUNDUNG FÜR  
PROMOTION/MASTER-/  
BACHELORARBEIT IN DER  
KLINISCHEN IMMUNOLOGIE**

**Institut für Klinische Immunologie**

Leitung: Prof. Dr. Ulrike Köhl  
Tel: 0341-97-25500  
Fax: 0341-97-25509  
E-Mail: [ulrike.koehl@uniklinik-leipzig.de](mailto:ulrike.koehl@uniklinik-leipzig.de)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Studienfach:

Semester:

Telefon:

E-Mail:

Matrikel-Nummer:

Studienrichtung (Fach, Semester):

Bisherige Hochschulexamina:

Berufs-/Spezialisierungsziel:

Wurde bereits eine Master-/Doktorarbeit begonnen und abgebrochen:

Erwünschter Anfangstermin:

Wären Sie bereit, für eine experimentelle Arbeit ein Jahr mit dem Studium auszusetzen?

Wissenschaftliche Interessengebiete:

Bemerkungen:

Datum, Unterschrift

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus (persönliche Daten auf der Rückseite) und geben Sie ihn im Sekretariat des Instituts für Klinische Immunologie, Johannisallee 30, ab.