



Medizinische Fakultät der Universität Ulm / Promotionsprogramm Experimentelle Medizin

II. Liste der besuchten Aktivitäten

Bitte reichen Sie unbedingt die entsprechenden Teilnahmebescheinigungen mit ein!

Name: _____ Vorname: _____

Beginn Stipendium: _____

Einrichtung: _____

	Datum	Art der Aktivität*	Titel / Thema der Veranstaltung	Veranstaltungsort
1				
2				
3				
4				
5				
6				

* S: Seminar; E: Exkursion; W: Workshop

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich an den oben aufgelisteten Veranstaltungen teilgenommen habe.

Datum: _____ Unterschrift: _____