
Einverständniserklärung bei minderjährigen Studienbewerbern

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn

_____ (Name des/der Minderjährigen),

_____ (Vorname des/der Minderjährigen),

geb. am _____ (Geburtsdatum)

in _____ (Geburtsort)

den an der Medizinischen Hochschule Hannover erhaltenen Studienplatz annimmt und sich mit Beginn des Sommer-/Wintersemesters 20__/20__ im Studiengang Humanmedizin / Zahnmedizin immatrikuliert.

Ort, Datum

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Angaben zum Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Wohnort: _____