Fakultät für Medizin

Institut/Klinik/Lehrstuhl für …

Titel der Doktorarbeit

First and last name

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

**Doctor of Philosophy (Ph.D.)**

genehmigten Dissertation.

**Vorsitzende/r:** ……. (Univ.-Prof./PD Dr. First and last name)

**Betreuer/in:** ……. (Univ.-Prof./PD Dr. First and last name)

**Prüfer der Dissertation:**

1. ……. (Univ.-Prof./PD Dr. first and last name)

2. ……. (Univ.-Prof./PD Dr. first and last name)

Die Dissertation wurde am … bei der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am … angenommen.