

Vor- und Zuname \*  
Straße Hausnummer  
Postleitzahl + Ort  
E-Mail: \_\_\_\_\_ \*  
Matrikelnummer: \_\_\_\_\_ \*

Ort, Datum

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig  
Referat Lehre  
Studiengang Pharmazie  
Liebigstraße 27  
04103 Leipzig

**Antrag auf ...** (z. B. Eröffnung des Verfahrens zur Zulassung zur Diplomarbeit)

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Bertsche,

.....  
.....  
.....

..... (Hier muss Ihr Anliegen geschildert werden.)

ACHTUNG: Sofern Sie die Diplomarbeit in einer Einrichtung außerhalb der Hochschule anfertigen möchten, geben Sie hier bitte Auskunft über die Einrichtung und den/die externe/n Gutachter/in.

Mit freundlichem Gruß

\_\_\_\_\_  
(handschriftliche Unterschrift)

\* Pflichtangaben, ohne diese wird Ihr Antrag nicht bearbeitet.