



Anmeldung zur Prüfungs-Wiederholung / -Fortsetzung

Personalien

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	
Nachname:	
Vorname/n:	
Matrikelnummer:	
Strasse:	
PLZ:	Ort:
E-Mail:	
Telefon:	
Mobile:	

Anmeldung

Studiengang	<input type="checkbox"/> Humanmedizin <input type="checkbox"/> Zahnmedizin <input type="checkbox"/> Chiropraktik
Studienjahr	<input type="checkbox"/> 1. Studienjahr Bachelor <input type="checkbox"/> 1. Studienjahr Master <input type="checkbox"/> 2. Studienjahr Bachelor <input type="checkbox"/> 2. Studienjahr Master <input type="checkbox"/> 3. Studienjahr Bachelor <input type="checkbox"/> 3. Studienjahr Master
Session	<input type="checkbox"/> Hauptsession / Jahr: <input type="checkbox"/> Repesession / Jahr:
Prüfung	<input type="checkbox"/> 1. Einzelprüfung <input type="checkbox"/> 2. Versuch <input type="checkbox"/> 3. Versuch <input type="checkbox"/> Fortsetzung infolge Abbruch <input type="checkbox"/> 2. Einzelprüfung <input type="checkbox"/> 2. Versuch <input type="checkbox"/> 3. Versuch <input type="checkbox"/> Fortsetzung infolge Abbruch <input type="checkbox"/> 3. Einzelprüfung <input type="checkbox"/> 2. Versuch <input type="checkbox"/> 3. Versuch <input type="checkbox"/> Fortsetzung infolge Abbruch <input type="checkbox"/> OSCE <input type="checkbox"/> Pathologie
Prüfungscode/s gemäss Prüfungsübersicht	

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Bitte schicken Sie die vollständig ausgefüllte Anmeldung an die zuständige Anmeldestelle:

1. + 2. SJ Bachelor Human- und Zahnmedizin	3. SJ Bachelor Humanmedizin Master Humanmedizin	3. SJ Bachelor Zahnmedizin Master Zahnmedizin
Frau M. Dutkiewicz Medizinische Fakultät Studiendekanat Vorklinik, c/o Physiologisches Institut Winterthurerstrasse 190 CH-8057 Zürich	Herr Dr. R. Kropf Medizinische Fakultät Studiendekanat Klinik Pestalozzistrasse 3/5 CH-8091 Zürich	Frau S. Stalder Zentrum für Zahnmedizin Studierendensekretariat Plattenstrasse 11 CH-8032 Zürich