



Charité - Universitätsmedizin Berlin

Informationsfreigabe - Information Release

Charité Universitätsmedizin Berlin

Registrar-Office

Campusadresse: Virchowweg 5, Lernzentrum , Hr. Stieg
Charitéplatz 1

D-10117 Berlin

Name (Surname)

Vorname (First Name)

Geburtsdatum (Date of Birth)

Geburtsort (Birthplace)

Post-Adresse (Postal Address)

E-Mail (Emailaddress)

Bitte ankreuzen! Please mark!

Hiermit gestatte ich der Charité - Universitätsmedizin Berlin, mich betreffende Informationen zu meinem Studienverlauf, Immatrikulationszeiten sowie erreichten Studienleistungen und Abschlüssen zur Verfügung zu stellen für:

Hereby i confirm my agreement to provide informations about my matriculation times, study life, study achievements and degrees to:

Institution oder Behörde (Institution or Governmental Department)

Adresse (address)

Datum (date)

Genuine Signature

Bitte eine Kopie des Reisepasses/Ausweises und Kopie der zu verifizierenden Dokumente beifügen!
Please attach a copy of Passport or ID-Card and of the documents to verify!