



Charité - Universitätsmedizin Berlin

---

## Informationsfreigabe - Information Release

Charité Universitätsmedizin Berlin  
**Registrar-Office**  
Campusadresse: Hufelandweg 1, 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!**