

## ARS LEGENDI-FAKULTÄTENPREIS

Medizin

Vorschlag  Stellungnahme

der/des  Medizinischen Fakultät/Fachbereichs  
 Studentischen Fachschaft  
 Lehrenden/Bewerberin/Bewerbers

### 1.1 Angaben zur vorschlagenden Institution

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Vertreter/in) Titel

\_\_\_\_\_  
Funktion in der Hochschule

\_\_\_\_\_  
Telefon E-Mail

\_\_\_\_\_  
Hochschule

\_\_\_\_\_  
Fakultät/Fachbereich

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ Stadt

### 1.2 Angaben zur/zum Lehrenden/Bewerberin/Bewerber

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Titel

\_\_\_\_\_  
Funktion in der Hochschule

\_\_\_\_\_  
Telefon E-Mail

\_\_\_\_\_  
Hochschule

\_\_\_\_\_  
Fakultät/Fachbereich

\_\_\_\_\_  
Straße PLZ Stadt

