

## Anmeldeformular

Studierendensekretariat Department für Pharmazie  
LMU München

### Masterstudiengang Pharmaceutical Sciences Wintersemester 2025/26

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Familienname: \_\_\_\_\_ Matr.Nr.: \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_ Herr  Frau  divers

Staatsangehörigkeit:  deutsch andere \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Ständiger Wohnsitz: \_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Private E-Mail\*: \_\_\_\_\_ (Mobil)Telefonnr.\*: \_\_\_\_\_

Bachelorabschluss: \_\_\_\_\_ Hochschule: \_\_\_\_\_

Ggf. weitere Abschlüsse: \_\_\_\_\_

Anschrift während des Studiums (**Änderungen bitte unverzüglich mitteilen!**):

---

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

(Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an der LMU München zum Zweck der ordnungsgemäßen Durchführung der Verwaltungsprozesse im Rahmen meines Studiums erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte.)

München, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Diese Angaben helfen uns Sie bei eventuellen Rückfragen nach dem Studium zu kontaktieren.