

**Annahmeerklärung 2 :**  
**(Promotionsstipendium)**

Ich nehme das Stipendium gemäß den Bestimmungen der Pro Retina-Stiftung zur Verhütung von Blindheit an. Eine in Deutschland gültige Krankenversicherung habe ich abgeschlossen / werde ich abschließen. Die Empfehlung, eine Unfall- sowie ggf. eine Haftpflichtversicherung abzuschließen, habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Name, Vorname

Geb.datum

Akad. Grad

---

Anschrift

---

Bankverbindung (Institut, Bankleitzahl, Konto-Nr.)

---

Ort, Datum

Unterschrift des Stipendiaten/der Stipendiatin

**Zusicherung des Doktorvaters/der Doktormutter (Leiter/Leiterin der wissenschaftlichen Einrichtung)**

Hiermit versichere ich, dass die für die Promotion erforderlichen Sachmittel und Geräte, ein Arbeitsplatz sowie die qualifizierte Betreuung der Promotion gewährleistet werden.

---

Name, Vorname

Akad. Grad/Titel

---

Anschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift des Doktorvaters/der Doktormutter