

Ihre Zugehörigkeit:

(Fakultät, Institut, Straße, ...)

Hiermit verpflichtet sich die Doktorandin oder der Doktorand \_\_\_\_\_

(Name)

und die Betreuerin oder der Betreuer \_\_\_\_\_

(Name)

zur Einhaltung der Qualitätskriterien der Potsdam Graduate School.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Doktorandin bzw. Doktorand

\_\_\_\_\_

Unterschrift Hauptbetreuerin bzw. Hauptbetreuer