

**ERKLÄRUNG**  
**zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M3)**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das Prüfungsamt meine Kontaktdaten auf Anfragen an Studierende weitergibt, die der gleichen Prüfungsgruppe zugeteilt sind.

---

Datum

---

Unterschrift

---

Bitte in Druckschrift schreiben!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_



Email: \_\_\_\_\_

Bitte Wahlfach auswählen!

Wahlfach: \_\_\_\_\_

**Angabe des Gruppenwunsches**

Sie können Wünsche für die Zusammenstellung der Prüfungsgruppe angeben. Hierbei müssen jedoch alle Kandidatinnen und Kandidaten das gleiche Wahlfach belegt haben (max. 4 Studierende pro Gruppe).

---

---

---

---

**Angabe des bevorzugten Prüfungszeitraumes**

Die Prüfungen finden vom 05. Mai bis 06. Juni 2025 und vom 23. bis 17. Juni 2025 statt. Sie können nachfolgend Angaben zu Ihrem bevorzugten Prüfungszeitraum machen. Dies ist jedoch absolut unverbindlich und steht unter dem Vorbehalt der organisatorisch sinnvollen Umsetzbarkeit.

---

---

---

**Bitte beachten Sie, dass die Prüfungen ausschließlich am Universitätsklinikum Würzburg durchgeführt werden.**