

INSTUURFORMULIER MASTERSCRIPTIE GEZONDHEIDSRECHT

Gegevens deelnemer

Naam: _____

E-mailadres: _____

Telefoonnummer: _____

Afstudeerdatum: _____

Universiteit: _____

Cijfer scriptie: _____

Gegevens scriptiebegeleider(s)

Naam scriptiebegeleider (1): _____

E-mailadres scriptiebegeleider (1): _____

Naam scriptiebegeleider (2): _____

E-mailadres scriptiebegeleider (2): _____

Informatie-uitwisseling

Door deelname aan de E|G Scriptieprijs geef ik toestemming voor het inzien van de masterscriptie inclusief bijlagen door de jury, de advocaten van Eldermans|Geerts en andere geïnteresseerden. Ik geef tevens Eldermans|Geerts toestemming om, indien mijn masterscriptie wordt verkozen tot winnende masterscriptie, informatie met betrekking tot mijn masterscriptie, de uitslag en de uitreiking van de E|G Scriptieprijs te delen met derden, zoals via sociale kanalen en platforms voor gezondheidsrecht en gezondheidszorg.

Ik geef toestemming voor deze informatie-uitwisseling: Ja / Nee

Bijlagen:

- Scriptie inclusief eventuele bijlagen
- Curriculum Vitae