

Fakultät für Chemie und Pharmazie

- B.Sc. Pharmazeutische Wissenschaften -

Antrag auf Zulassung zur Bachelor-Arbeit



Name: _____ Vorname: _____

Matrikelnummer: _____ Derzeitiges Semester: _____

Emailadresse: _____

Bis zu diesem Zeitpunkt erworbene ECTS-Punkte: _____

Thema:

1. Prüfer/in (Betreuer/in): _____

2. Prüfer/in: _____

Beginn der Bachelorarbeit (Datum): _____

Unterschrift Betreuer/in: _____

Unterschrift Student/in: _____

Der Student/Die Studentin ist hiermit zur B.Sc.-Arbeit zugelassen.

Datum/Unterschrift Vertreter des Prüfungsausschusses:
