

Fakultät für Chemie und Pharmazie

- M.Sc. Pharmazeutische Wissenschaften -

Antrag auf Zulassung zur Masterarbeit



Name: _____ Vorname: _____

Matrikelnummer: _____ Derzeitiges Semester: _____

Emailadresse: _____

Bis zu diesem Zeitpunkt erworbene ECTS-Punkte: _____
(Bitte Leistungsübersicht beifügen)

Thema:

Erstgutachter/in (Betreuer/in): _____

Zweitgutachter/in: _____

Beginn der Masterarbeit (Datum): _____

Unterschrift Betreuer/in: _____

Unterschrift Student/in: _____

Der Student/Die Studentin ist hiermit zur Masterarbeit zugelassen.

Datum/Unterschrift Vertreter des Prüfungsausschusses:
