

Antrag auf Zulassung zur Bachelorarbeit B.Sc. Pharmazeutische Wissenschaften

Name: _____ Vorname: _____

Matrikelnummer: _____ Derzeitiges Semester: _____

Emailadresse: _____

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:
