

MELDUNG DER KOMMISSIONELLEN MASTERPRÜFUNG

Die Anmeldung hat mindestens 4 Wochen vor dem Prüfungstermin zu erfolgen! Voraussetzung ist die Approbation der Masterarbeit!

Datum der Anmeldung:

Unterschrift: _____
des/der Studierenden

KOMMISSIONELLER PRÜFUNGSSENAT

Datum der Prüfung: _____ **Uhrzeit der Prüfung:** _____

Prüfungsort (genaue Raumbezeichnung!!!): _____

Vorsitz (BetreuerIn)	
Name:	
OE/Klinik - Abteilung:	
E-Mail:	Telefonnummer:

PrüferIn 1	
Name: (Akad.Titel)	
OE/Klinik - Abteilung:	
E-Mail:	Telefonnummer:

PrüferIn 2	
Name: (Akad.Titel)	
OE/Klinik - Abteilung:	
E-Mail:	Telefonnummer:

Hiermit erkläre ich mich bereit, die oben genannte Kommissionelle Masterprüfung durchzuführen:

Vorsitz

Brüderlp. 1

Brüderlp. 3