



## MELDUNG DER KOMMISSIONELLEN MASTERPRÜFUNG

Angaben zum/zur Studierenden		
Studienkennzahl:	Matrikelnummer:	
Familienname:	Vorname:	
Adresse:	PLZ:	Ort:
E-Mail:	Telefonnummer:	

**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

\_\_\_\_\_  
PrüferIn 1

\_\_\_\_\_  
PrüferIn 2