

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