



EINREICHUNG DER DIPLOMARBEIT
N203 Zahnmedizin

Bitte leserlich ausfüllen

Matrikelnummer:	
Familienname:	Vorname:
Telefonnummer:	
Titel der Diplomarbeit:	
Ich bestätige, dass die Durchführung und Erstellung meiner Diplomarbeit gemäß den Richtlinien der MedUni Wien unter Einhaltung der Regeln für Good Scientific Practice erfolgte.	
----- Datum	----- Unterschrift Studierende

HauptbetreuerIn Name:	
Co/BetreuerIn Name (wenn vorhanden)	
!Hinweis für den/die Hauptbetreuer/In! <ul style="list-style-type: none">• Der/die Hauptbetreuer/In hat die Diplomarbeit innerhalb von längstens sechs Wochen ab der Einreichung zu beurteilen. Die schriftliche Begutachtung (inkl. Benotung entsprechend der 5-teiligen Notenskala) kann dem Formular beigelegt werden!	
Beurteilung/Note:-----	
----- Datum	----- Unterschrift HauptbetreuerIn

Reprobationsfrist

Datum Approbation

Curriculumdirektion