An den

Prüfungsausschuss des Masterstudiengangs

Medical Process Management

z. Hd. v. Dr. C. Warter

Krankenhausstraße 12

91054 Erlangen

|  |
| --- |
| **Mitteilung über die Vergabe einer Masterarbeit an Frau/Herrn** |

Bitte in Druckschrift ausfüllen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: |       | Vorname: |       |
|  |  |  |  |
| Geburtsdatum: |       | Matrikelnummer: |       |
|  |  |  |  |
| E-Mail |       |  |  |

**Thema der Masterarbeit:**

|  |
| --- |
|       |
|  |

**Betreuer / Betreuerin:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Name Betreuer/in | Name externe/r Betreuer/in |
|  |  |
| Anschrift Institut oder Klinik | Anschrift Unternehmen |
|  |  |
| Unterschrift | Unterschrift |

     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ausgabe des Themas am Spätester Abgabetermin Abgegeben am