

Bestätigung über die Zulassung zur Masterarbeit

Name _____

Bitte wählen Sie Ihre Funktion:

- StudiengangskoordinatorIn
 MitarbeiterIn des Prüfungsamtes
 BetreuerIn der Masterarbeit

Hiermit bestätige ich, dass

Frau / Herr _____
(Name der Bewerberin/ des Bewerbers)

bis zum Stipendienantritt am _____

die Zulassungsvoraussetzungen zur Masterarbeit voraussichtlich erfüllt haben wird.

Ort/Datum_____
Unterschrift (mit Stempel)