**S t u d i e n S e r v i c e C e n t e r L e b e n s w i s s e n s c h a f t e n**

1030 Wien, Dr.-Bohr-Gasse 9, Zi.: 6111

Beiblatt zum Formular Übernahme des Master-Arbeitsthemas  
**(nur notwendig, wenn die Betreuung der Masterarbeit nicht im VBC (ViennaBioCenter) Dr.-Bohr-Gasse durchgeführt wird)**

Studienkennzahl: A       Matrikelnummer:

Name:       E-mail:

Exposè (mit Fragestellung, Background, experimentellen Ansätzen)

|  |
| --- |
|  |

Betreuer/in (habilitiert !): Arbeitsplatz der/des Studierenden (Subeinheit):

     

Name in Blockbuchstaben

Bestätigung einer/s Expertin/en von MPL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift