



Last name, first name:

Student id no.:

Address:

Phone:

Email:

Prüfungsausschuss M.Sc. BMB
Fachbereich 2 der Universität Bremen
Postfach 330 440
28334 Bremen

Application for admission to master's thesis/ *Antrag auf Zulassung zur Masterarbeit*

I herewith apply for admission to the master's thesis in the BMB study program. Respective documents and certificates are enclosed. *Hiermit beantrage ich die Zulassung zur Masterarbeit im BMB-Masterprogramm. Erforderliche Dokumente befinden sich im Anhang.*

Provisional title of master's thesis/ *Vorläufiger Titel der Masterarbeit:*

Supervisor master's thesis/ *Betreuer*in der Masterarbeit:*

Second reviewer/ *Zweite(r) Gutachter*in:*

**O Ich beantrage, dass ich meine Masterarbeit im Schwerpunkt Microbial-Systems anfertige.
*I hereby apply for a master thesis in the focus area Microbial-Systems***

After starting the thesis, the candidate has a maximum of 24 weeks to hand in the master's thesis.

City /	Date /	Candidate's signature
<i>Ort/</i>	<i>Datum/</i>	<i>Unterschrift Kandidat*in</i>

Required documents/ *Erforderliche Anlagen:*

1. Copy of examination results on BMB's student status report form (signed by BMB chairperson)/ *Kopie des BMB student status reports zu Prüfungsergebnissen (unterschrieben vom BMB Vorsitz).*
2. Certification of enrolment in the master's study program BMB at the University of Bremen for the studied terms/ *Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung für das BMB Masterprogramm der Universität Bremen.*



Declaration

We are aware that only data obtained by me within the time frame of the master thesis can be part of the thesis, but not data obtained before the start of the thesis or in other modules.

Starting date of master's thesis: _____

Latest possible day of thesis delivery: _____

Estimated day of thesis defense: _____

City/	Date/	Candidate's signature
Ort/	Datum/	Unterschrift der/ des Kandidat*in

The reviewers confirm that they will attempt to review the thesis in time to make a defense date possible within 2 weeks after the delivery of the thesis.

City/	Date/	Supervisor's signature
Ort/	Datum/	Unterschrift 1. Gutachter*in

City/	Date/	2nd Referee's signature
Ort/	Datum/	Unterschrift 2. Gutachter*in

Studentin hat die Voraussetzungen im gesamten Studium für den Schwerpunkt Microbial-Systems erfüllt:

Ja Nein

MPA-Vorsitzende Prof. Dr. Reinhold-Hurek