

Anmeldung des Kolloquiums Registration Colloquium

An die
Universität Bremen
Prüfungsamt FB 3
Bibliothekstraße 5
28359 Bremen

Studierenden-Angaben / Student Information

Matrikelnr. / Student ID
Nachname / Surname
Vorname / First Name

Abschluss / Degree: Bachelor Master

Studiengang / Program: _____

Titel der Abschlussarbeit / Title of Thesis:

Termin für das Kolloquium / Date of Colloquium: _____

um / at _____ in Raum / in room _____

**Erstgutachter*in /
First Examiner:** _____
Name

**Zweitgutachter*in /
Second Examiner:** _____
Name

Datum / Date

Unterschrift / Signature

Der Kolloquiumstermin wird 8 Tage im Voraus durch das Prüfungsamt öffentlich gemacht.

Prüfungsamt:

Datum / Unterschrift