Studiengang:	**Master Arzneimittelforschung**
Modulprüfung:	**Biopharmazie für Masterstudierende**
Prüfungsart: ☐ Klausur	
Prüfer:	
Prüfungsdatum:	
Name, Vorname: Strasse: PLZ Ort: Tel. Nr.: E-mail:	
Matrikelnummer:	
Anmeldedatum:	
Unterschrift:	
Rücktrittsdatum:	
Unterschrift:	

Studiengang Master Arzneimittelforschung
Prüfungsprotokoll

Modulprüfung: Biopharmazie für Masterstudierende

Name, Vorname:

Prüfer: Prof. Dr. Datum: von Uhr
bis Uhr

Sind Sie prüfungsfähig: ja ☐ nein ☐

Prüfer/in :..... Beisitzer/in :.....

Prädikat: .....

§26 Täuschung oder Ordnungsverstoß
☐ (1) Täuschung oder Benutzung nicht zugelassener Hilfsmittel
☐ (4) Störung des ordnungsgemäßen Ablaufs

1 = sehr gut
2 = gut
3 = befriedigend
4 = ausreichend
5 = nicht ausreichend

Eine differenzierte Bewertung mit (+) u. (-) ist zulässig.
Sehr gut (+) und ausreichend (-) sind ausgeschlossen.