

<b>Studiengang:</b>	<b>Master Arzneimittelforschung</b>
Modulprüfung:	<b>Rekombinante Wirkstoffe für Masterstudierende</b>
Prüfungsart: <input type="checkbox"/> mündl. Prüfung	
Prüfer:	
Prüfungsdatum:	
Name, Vorname:  Strasse:  PLZ Ort:  Tel. Nr.: E-mail:	
Matrikelnummer:	
<b>Anmeldedatum:</b>	
Unterschrift:	
<b>Rücktrittsdatum:</b>	
Unterschrift:	

# Studiengang Master Arzneimittelforschung

## Prüfungsprotokoll

### Modulprüfung: Rekombinante Wirkstoffe für Masterstudierende

Name, Vorname:

**Prüfer:** Prof. Dr.

Datum:

von  
bis

Uhr  
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.