Masterstudium Pharmazie, Medizinische Fakultät, Universität Bern

**Masterarbeitsvereinbarung 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name des/der Studierenden** |  |
| **Matrikelnummer** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Semester** | Frühjahrssemester 2024 |
| **Titel der Masterarbeit** |  |
| **Sprache der Masterarbeit** |  |
| **Ort, wo Masterarbeit durchgeführt wird** | **Institution, Departement, Institut (Wichtig für Lehrleistungen)** |
| **Daten** | Beginn:(Startfenster 1.1.2024 - 1.2.2024)Ende:(6 Monate nach Beginn, spätestens 31.08.2024)Pensum: % (80-100%) |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Unterschrift Studierende/r: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Leitende Person****Vorname, Name, Adresse****E-Mailadresse** |  |
| Datum: | Unterschrift leitende Person: |
| **Betreuende Person** (falls zutreffend)**Vorname, Name, Adresse****E-Mailadresse** |  |
| Datum: | Unterschrift betreuende Person: |

Falls zutreffend (zwingend bei externen Masterarbeiten):

|  |  |
| --- | --- |
| **Co-Leitende Person Uni Bern****Vorname, Name, Adresse****E-Mailadresse** |  |
| Datum: | Unterschrift Co-Leitende Person: |

*Eine elektronische Kopie der unterzeichneten Vereinbarung muss bis zum* ***1. November 2023*** *eingereicht werden bei* *barbara.rechsteiner@unibe.ch*