## Kolloquium zur Bachelorarbeit

Studiengang u.-

Name: .................................................... Vorname: .................................. schwerpunkt: ................... ......

Datum: ...........................................Uhrzeit: .................................Ort: ..........................................................

Thema der Bachelorarbeit:

......................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................

Prüfungskommission:

1. Prüfer(in) = Betreuende(r) der Bachelorarbeit ..........................................................................

2. Prüfer(in) = ……....................................................................

Mit dieser Unterschrift wird die rechtzeitige Kenntnis über den Termin des Kolloquiums und die Zusammensetzung der Prüfungskommission bestätigt.

.............................................................................. Matr. Nr.: ............................................................

Unterschrift der/des Studierenden

………………………………………………………….

Unterschrift der/des Prüferin/Prüfers

Dieses Formular ist vollständig ausgefüllt **spätestens zwei Wochen vor dem Kolloquium** im Prüfungsamt (Raum F 0.013) abzugeben.

Ausführliche Hinweise zum Datenschutz und zu Ihren Betroffenenrechten finden Sie auf unserer Internetseite unter https://www.hs-kl.de/datenschutz.