KOLEGJI UNIVERSITAR BEDËR

DORËZIMI I TEZËS PËR SHQYRTIM

Date: __ / __ / 20__

Të plotësohet nga studenti

Kjo formë duhet të shoqërohet nga një [1] soft-bound dhe një [1] kopje elektronike për t'u dorëzuar te koordinatori i programeve pasuniversitare.

1. Emër-Mbiemër: _____ _____

2. Nr. i semestrit: _____

3. Nr. i ID së studentit: _____

4. Fakulteti: _____

5. Departamenti:

6. Programi: _____

7. Ju lutem shkruani adresën tuaj të korrespondencës dhe numrin e telefonit :

Adresa: _____

Tel / Fax: _____

E-mail: _____ _____

8. Titulli i tezës: _____

_____

Firma e studentit

www.beder.edu.al

Adresa: Rruga "Jordan Misja", Tiranë-Shqipëri
Kontakt:Tel: +355 4 24 19 200, +355 4 24 19 222
Fax: +355 4 24 19 333 e-mail:info@beder.edu.al

1. Miratimi i udhëheqësit:
Unë, udhëheqësi vërtetoj që kjo tezë ka përmbushur kërkesën e hulumtimit, është kontrolluar dhe është kualifikuar për shqyrtim.

Udhëheqësi i tezës	**Firma**

2. Miratimi nga Zyra e Koordinimit të Programeve Master :
Unë, koordinatori vërtetoj se kjo tezë përmbush kërkesat teknike, pasi është kontrolluar dhe është kualifikuar për shqyrtim.

Zyra e Koordinimit të Programeve Master	**Firma**

3. Data e mbrojtjes:_____

4. Miratimi nga Departamenti: _____

Firma	**Datë**

www.beder.edu.al
Adresa: Rruga "Jordan Misja", Tiranë-Shqipëri
Kontakt:Tel: +355 4 24 19 200, +355 4 24 19 222
Fax: +355 4 24 19 333 e-mail:info@beder.edu.al