

Antrag auf Förderung des allgemeinmedizinischen Wahl-Tertials im Praktischen Jahr

1. Persönliche Daten (bitte vollständig ausfüllen)

Anrede _____ Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Email _____

Geburtsort _____ Geburtsdatum _____

Beginn Ausbildungsabschnitt des allgemeinmedizinischen Wahl-Tertials _____

voraussichtl. Ende Ausbildungsabschnitt des allgemeinmed. Wahl-Tertials _____

Ausbildungsstätte (Name des Arztes, Anschrift) _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Universität Messe/Veranstaltung Anschreiben Arztpraxis/Kollegen

Internet Presse/Flyer/Werbung Freunde/Bekannte _____

2. Folgende Unterlagen liegen meinem Antrag gesondert bei (bitte ankreuzen und beifügen)

Bescheinigung über die Durchführung des Studiums der Humanmedizin

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung gemäß der DSGVO (Anlage 1)

(Sofern die Einwilligung zur Datenverarbeitung der Stiftung nicht vorliegt, kann der Antrag nicht bearbeitet werden.)

Bei Bewilligung Ihres Antrages reichen Sie bitte die Bestätigung durch den betreuenden Arzt über die Ableistung des Ausbildungsabschnittes nach Beendigung des Tertials unaufgefordert nach.

3. Bankverbindung

Name der Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Name Empfänger _____

Ort, Datum, Unterschrift