

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden es an:

Abteilung Allgemeinmedizin, ICM, Universitätsmedizin Greifswald

Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin
Fleischmannstr. 6, 17475 Greifswald, Tel. 03834-86-22282

E-Mail: allgemeinmedizin@uni-greifswald.de

Faxnummer: 0 38 34 / 86 79 22282

Antrag auf Auszahlung der Vergütung für das
Blockpraktikum Allgemeinmedizin

Angaben zur Lehrarztpraxis

Praxisbezeichnung:

Vorname + Name:

Straße / Ort:

E-Mail:

Kontoinhaber:

Bankinstitut:

IBAN:

BIC:

.....

Datum / Unterschrift Lehrpraxis / Stempel

Abrechnung Blockpraktikum

Angaben der Studierenden

1. Vorname, Name:

Zeitraum des Praktikums:

2. Vorname, Name:

Zeitraum des Praktikums:

3. Vorname, Name:

Zeitraum des Praktikums:

4. Vorname, Name:

Zeitraum des Praktikums:

5. Vorname, Name:

Zeitraum des Praktikums:

6. Vorname, Name:

Zeitraum des Praktikums:

7. Vorname, Name:

Zeitraum des Praktikums:

8. Vorname, Name:

Zeitraum des Praktikums: