

Abrechnung Blockpraktikum Allgemeinmedizin 2025

Rechnungsteller

Praxisbezeichnung:

Vorname + Name:

Straße / Ort:

E-Mail:

Steuer-Nr.:

Rechnungsempfänger:

Herrn
Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, MPH
Abteilung Allgemeinmedizin
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald, KdöR
Walther-Rathenau-Str. 11
1475 Greifswald

Tel. 03834 86 22282
Faxnummer: 0 3834 86 79 22282
E-Mail: allgemeinmedizin@uni-greifswald.de

Rechnung Nr.

Anzahl der betreuten Studierenden (entsprechend Angaben auf Seite 2)	Vergütung je Praktikant*in	Gesamtbetrag
	x 500,00 € =	

Bitte überweisen Sie mir die Vergütung für das Blockpraktikum an die Bankverbindung:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Verwendungszweck
bzw. Rechnungsnummer: _____

.....
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: