



Förderantrag für Medizinstudenten

Ich beantrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg eine Förderung für

eine Famulatur ein Blockpraktikum ein Tertial des Praktischen Jahres Praxistag
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Persönliche Daten	Name	
	Vorname	
	Anschrift	
	Telefon	
	E-Mail	

Bankverbindung	Kreditinstitut	
	IBAN	
	BIC	

Studienbescheinigung	Ich studiere an folgender Universität: Aktuelle Studienbescheinigung vorlegen!
----------------------	--

Zeitraum der Tätigkeit	
Name und Anschrift der Vertragsarztpraxis	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit dieser Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Dieser Antrag ist vor Beginn des jeweiligen Praktikums zu stellen!

Voraussetzung für die Auszahlung der finanziellen Unterstützung ist die Vorlage einer nach dem Tätigkeitsende vom Vertragsarzt unterschriebenen Bestätigung über die Durchführung (als Original)!

Schicken Sie diesen Antrag an: Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, UB 4, Pappelallee 5, 14469 Potsdam