



## 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:  <b>Aktuelle Studienbescheinigung vorlegen!</b>
----------------------	--

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