

(Anlage 1)

Antrag auf Gewährung eines Stipendiums des Vogelsbergkreises für Studierende der Human- oder Zahnmedizin

Kreisausschuss des Vogelsbergkreises
-Gesundheitsamt-
Goldhelg 20
36341 Lauterbach

Ich beantrage die Gewährung eines Stipendiums des Vogelsbergkreises für die Fortführung des Studiums der Human- oder Zahnmedizin:

1. Persönliche Angaben der Antragstellerin/des Antragstellers	
Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Bankverbindung	IBAN:
	BIC:
	Bank:

2. Angaben zum Studium der Human- oder Zahnmedizin	
Universität	
Studienbeginn	
Derzeitiges Semester	
Abschlussjahr (vorauss.)	

3. Dem Antragsformular sind folgende Unterlagen (§ 7 der Richtlinie) beigefügt:

- formloses Bewerbungsschreiben
- tabellarischer Lebenslauf
- beglaubigte Kopie des Zeugnisses der Hochschulreife
- beglaubigte Kopie des Zeugnisses der Ersten ärztlichen bzw. zahnärztlichen Prüfung
- Motivationsschreiben
- Kopie des Personalausweises
- Immatrikulationsbescheinigung für das anstehende Wintersemester
- Verpflichtungserklärung (Blatt 3 oder 4)
- Für mein Studium erhalte ich derzeit ein Stipendium/öffentliche Leistungen:
 - ☐ nein
 - ☐ ja
(nähere Angaben/Nachweis)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum

Antragstellerin/Antragsteller

Verpflichtungserklärung

Name, Vorname	
---------------	--

Anschrift	
-----------	--

Im Falle der Gewährung eines Stipendiums verpflichte ich mich, nach Erlangung der ärztlichen Approbation und der anschließenden fachärztlichen Weiterbildung in einem Fachgebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

für drei Jahre

an der vertragsärztlichen Versorgung im Vogelsbergkreis teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Verpflichtungserklärung

Name, Vorname	
---------------	--

Anschrift	
-----------	--

Im Falle der Gewährung eines Stipendiums verpflichte ich mich, nach Erlangung der ärztlichen Approbation und der anschließenden fachärztlichen Weiterbildung im Fachgebiet öffentliches Gesundheitswesen

für drei Jahre

im Gesundheitsamt des Vogelsbergkreises tätig zu sein.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Verpflichtungserklärung

Name, Vorname	
---------------	--

Anschrift	
-----------	--

Im Falle der Gewährung eines Stipendiums verpflichte ich mich, nach Erlangung der zahnärztlichen Approbation und der anschließenden Vorbereitungszeit oder fachzahnärztlichen Weiterbildung

für drei Jahre

an der vertragszahnärztlichen Versorgung im Vogelsbergkreis teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller