

Kreis Steinfurt
Medizinstipendium
Tecklenburger Str. 10
48565 Steinfurt

MEDIZINSTIPENDIUM KREIS STEINFURT – Bewerbungsformular

Persönliche Angaben:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Email: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Angaben zum Studium der Humanmedizin:

Universität: _____

Ort: _____

Studienbeginn: _____

Derzeitiges Semester: _____

Erste Ärztliche Prüfung: Datum: _____ Note: _____

Voraussichtliches Abschlussjahr: _____

Weiterbildungsziel/Fachrichtung: _____

Anmerkungen: _____

Hiermit bewerbe ich mich um das Medizinstipendium des Kreises Steinfurt.
Diesem Bewerbungsformular sind folgende Anlagen beigefügt:

- Lebenslauf, Lichtbild
- Beglaubigte Kopie des Zeugnisses über das Bestehen der ersten Ärztlichen Prüfung
- Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung der Universität

Ort, Datum

Unterschrift