



Landkreis Freudenstadt

Bewerbung um ein Medizinstipendium

Persönliche Angaben:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Angaben zum Studium der Humanmedizin:

Universität: _____

Studienbeginn: _____

Derzeitiges Semester: _____

Erste Ärztliche Prüfung: Datum: _____ Note: _____

Voraussichtliches Abschlussjahr: _____

Weiterbildungsziel/Fachrichtung: _____

Anmerkungen: _____

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

- Lebenslauf, Lichtbild
- Beglaubigte Kopie des Zeugnisses über das Bestehen der ersten Ärztlichen Prüfung
- Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung der Universität
- Ggf. Empfehlungsschreiben (z. B. des Doktorvaters oder eines universitären Betreuers)

Bitte per E-Mail senden an: landrat@landkreis-freudenstadt.de

Postadresse: Landratsamt Freudenstadt, Stabsstelle Kommunikation und Kreisentwicklung, Herrenfelder Straße 14, 72250 Freudenstadt