Landkreis Freudenstadt

Bewerbung um ein Medizinstipendium

Persönliche Angaben:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers 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, Kommunale Gesundheitskonferenz, Herrenfelder Straße 14, 72250 Freudenstadt