Gemeinsames Förderprojekt des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover und der Techniker Krankenkasse Landesvertretung Niedersachsen "Blockpraktikum Allgemeinmedizin im ländlichen Raum Niedersachsen"

Förderantrag

Ich beantrage die Förderung eines Blockpraktikums im Rahmen des o.g. Projektes:

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ *Ort* _____

Telefon _____ *Handy* _____

E-Mail _____

Angaben zur Lehrpraxis

Name der Praxis/Arzt _____

Straße _____

PLZ _____ *Ort* _____

Geplanter Zeitraum des Praktikums vom: _____ *bis* _____

Bestehen weitere Förderungen für das geplante Praktikum? _____

Ich habe die gültigen Förderbedingungen gelesen und erkenne diese an. Mir ist bekannt, dass unwahre Angaben zu einer Rückforderung des Förderbetrages führen können. Gleiches gilt, wenn Änderungen eintreten, die dem Förderzweck nicht entsprechen.

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Bitte Bestätigung auf Seite 2 beachten!

Bestätigung des Instituts für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der MHH über die Vermittlung des Blockpraktikums:

Hiermit wird bestätigt, dass die Antragstellerin/ der Antragsteller die Voraussetzungen für die Durchführung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin erfüllt und die Vermittlung an die Lehrpraxis über das Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin entsprechend der dem Projekt zugrundeliegenden Kooperationsvereinbarung stattgefunden hat.

Datum: _____ Unterschrift/Stempel _____