

**Medizinstipendium im Märkischen Kreis
– Bewerbungsformular –**

Märkischer Kreis
Fachbereich Gesundheit und Soziales
Heedfelder Str. 45
58509 Lüdenscheid

Antragsteller/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon Festnetz oder Handy	Email	

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 ein Medizinstipendium des Märkischen Kreises. Diesem Bewerbungsformular sind folgende Anlagen beigefügt:

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

Ich habe über die Stipendienvergabe im Märkischen Kreis erfahren über:

Datum

Unterschrift Antragsteller/in
