

(Anlage 1)

## **Antrag auf Gewährung eines Stipendiums des Landkreises Hersfeld-Rotenburg für Studierende der Humanmedizin**

Kreisausschuss des Landkreises Hersfeld-Rotenburg  
-Büro des Landrats-  
Friedloser Str. 12  
36251 Bad Hersfeld

Ich beantrage die Gewährung eines Stipendiums des Landkreises Hersfeld-Rotenburg für die Fortführung des Studiums der Humanmedizin:

<b>1. Persönliche Angaben des/der Antragsteller/in</b>	
Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Bankverbindung	IBAN:
	BIC:
	Bank:

<b>2. Angaben zum Studium der Humanmedizin</b>	
Universität	
Studienbeginn	
Derzeitiges Semester	
Abschlussjahr (voraus.)	

**3. Dem Antragsformular sind folgende Unterlagen (Nr. 7 der Richtlinie) beigelegt:**

- tabellarischer Lebenslauf
  - beglaubigte Kopie des Zeugnisses der Hochschulreife
  - beglaubigte Kopie des Zeugnisses der Ersten Ärztlichen Prüfung
  - Motivationsschreiben
  - Kopie des Personalausweises
  - aktuelle Immatrikulationsbescheinigung
  - Verpflichtungserklärung (Blatt 3, 4 oder 5)
  - Für mein Studium erhalte ich derzeit ein Stipendium/öffentliche Leistungen:
    - nein
    - ja .....
- (nähere Angaben/Nachweis)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

-----  
Ort, Datum

-----  
Antragsteller/in

## Verpflichtungserklärung

Name, Vorname	
---------------	--

Anschrift	
-----------	--

Im Falle der Gewährung eines Stipendiums verpflichte ich mich nach Erlangung der ärztlichen Approbation die fachärztliche Weiterbildung gem. Nr. 4a der Richtlinie im Landkreis Hersfeld-Rotenburg durchzuführen und anschließend für

**vier Jahre**

an der vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Hersfeld-Rotenburg im Fachgebiet Allgemeinmedizin teilzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

## Verpflichtungserklärung

Name, Vorname	
---------------	--

Anschrift	
-----------	--

Im Falle der Gewährung eines Stipendiums verpflichte ich mich nach Erlangung der ärztlichen Approbation die fachärztliche Weiterbildung gem. Nr. 4a der Richtlinie im Landkreis Hersfeld-Rotenburg durchzuführen und anschließend für

**vier Jahre**

im Gesundheitsamt des Landkreises Hersfeld-Rotenburg tätig zu sein.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

## Verpflichtungserklärung

Name, Vorname	
---------------	--

Anschrift	
-----------	--

Im Falle der Gewährung eines Stipendiums verpflichte ich mich nach Erlangung der ärztlichen Approbation die fachärztliche Weiterbildung gem. Nr. 4a der Richtlinie im Landkreis Hersfeld-Rotenburg durchzuführen und anschließend für

**vier Jahre**

an der vertragsärztlichen Versorgung im Landkreis Hersfeld-Rotenburg teilzunehmen.

Folgendes Fachgebiet wird angestrebt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in