

Hochsauerlandkreis  
Medizinstipendium  
Steinstraße 27  
59872 Meschede

## MEDIZINSTIPENDIUM HOCHSAUERLANDKREIS – Bewerbungsformular

### Persönliche Angaben:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich  weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

### 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 das Medizinstipendium des Hochsauerlandkreises. Diesem Bewerbungsformular sind folgende Anlagen beigelegt:

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift