UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena

per E-Mail senden an:
Praxis-EREV-99996@med.uni-jena.de
(nur ein PDF-Formular pro E-Mail)

Formular senden

ANLAGE 1: Bestätigung der Absolvierung des Blockpraktikums Allgemeinmedizin

Studierende/r

Name Vorname

Matrikelnummer

Blockpraktikum

Anwesenheit in der Praxis vom bis

Tage insgesamt* Tag(e) *(bitte Feiertage, Fehltage, Schließtage beachten)

Fehltage Tag(e)

Praxis

Name Vorname

Anschrift Straße, Hausnummer PLZ Ort

Name Kontoinhaber
Name, Vorname

Bankverbindung
IBAN

Höhe der Aufwandsentschädigung 0,00 €
Konto 781200
Kostenstelle 901019