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

Formular senden

ANLAGE 5: Bestätigung Absolvierung Wahltertial Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr

Studierende/r

Name Vorname

Matrikelnummer

Praktisches Jahr

Anwesenheit in der Praxis vom bis

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

Fehltage (entschuldigt) Tag(e) Fehltage (unentschuldigt) Tag(e)

Praxis

Name Vorname

Anschrift Straße, Hausnummer PLZ Ort

Name Kontoinhaber
Name, Vorname

Bankverbindung
IBAN

Höhe der Aufwandsentschädigung (pro Tertial)
Konto 781200
Kostenstelle 901019