UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen!

An das
Universitätsklinikum Jena
Institut für Allgemeinmedizin
Bachstr. 18
07743 Jena

Bestätigung der Absolvierung des Praktischen Jahres

Studierende/r

Name _____ Vorname _____

Matrikelnummer | | | | | | |

Zeitraum des Praktischen Jahres:

Anwesenheit in der Praxis vom bis

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

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

Praxis

Rechnungs-Nr. _____

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____ _____ _____
Straße, Hausnummer PLZ Ort

Bankverbindung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
IBAN

Hiermit bestätige ich, dass die/der o.g. Studierende das Praktische Jahr in dem genannten Zeitraum absolviert hat.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Lehrärztin/Lehrarzt

Praxisstempel

Durch das Universitätsklinikum Jena (Medizinische Fakultät) auszufüllen:

Höhe der Aufwandsentschädigung _____ Euro

Konto 781200
Kostenstelle 901019

Sachliche und Rechnerische Richtigkeit überprüft und bestätigt _____
Datum, Unterschrift

UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena

Zur Zahlung angewiesen

Datum, Unterschrift