

.....
Absender, Praxisstempel

.....
Ort, Datum

**Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Medizin- und Gesundheitswissenschaften
Department für Versorgungsforschung
z. Hd. Astrid Megnet
Allgemeinmedizin, Raum V04 0-026
Ammerländer Heerstr. 114-118
D - 26129 Oldenburg**

Formular für das 2-Wochen-Blockpraktikum

Abrechnung Blockpraktikum Allgemeinmedizin im Modellstudiengang Medizin

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zeitraum vom.....

hat Frau/Herr..... ggfs. Matrikel-Nr.:

ein **zwei**wöchiges Blockpraktikum in meiner/unserer Praxis abgeleistet.

Ich/Wir bitte/n um Überweisung der Aufwandsentschädigung in Höhe von
400,00 Euro auf mein/unser nachstehendes Konto.

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

.....
Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers