



Fachschaftsrat Medizin der Universität Greifswald
Fleischmannstr. 8
17475 Greifswald
Telefon: 03834/86-5005
Fax: 03834/ 86-19539
E-mail: info@FSRmed.de

Anstalt des öffentlichen Rechts
Am Schießwall 1-4
17475 Greifswald
Telefon: 03834/ 861704
E-mail: beratung@stw-greifswald.de

ANTRAG

auf Gewährung eines Klinikpaketes

ANGABEN ZU MEINER PERSON (bitte in Druckschrift)

Name: Vorname:
geb. am: in:
Staatsangehörigkeit:
Ich bin eingeschrieben an der Universität / (Fach-)Hochschule: Universität Greifswald
Studiengang: Humanmedizin
Das laufende Semester ist mein Fachsemester
Anschrift:
E-Mail Adresse:.....

Obige Angaben wurden durch den zuständigen Sachbearbeiter geprüft

.....

(Unterschrift Sachbearbeiter Studentenwerk)

falls nicht möglich, bitte Kopie des Personalausweises und Studienausweises **mitschicken!**

FINANZIERUNGSPLAN

Mir stehen zur Finanzierung meines Studiums folgende Einkunftsquellen (incl. Rücklagen) zur Verfügung (bitte geeignete Nachweise beilegen):

z.Zt. monatl.
..... €
..... €
..... €

URSACHE UND BEGRÜNDUNG MEINER DERZEITIGEN SOZIALEN NOT-SITUATION:

Erklärung: Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich benötige das Klinikpaket ausschließlich für die Bewältigung meines Studiums im Rahmen der Klinik (5.-13. Fachsemester). Ich willige ein, dass zur Bearbeitung meines Antrages Einsicht in meine BAföG- und/ oder Wohnheimakte genommen und bei Zuschussgebern (Akademisches Auslandsamt, Wohngeldstelle etc.) nachgefragt wird. Es ist mir bekannt, dass schuldhaft falsche oder unvollständige Angaben den Entzug der Leistung und ggf. einen Schadenersatz für entstandene Mehrkosten zur Folge hat. Die mir ausgehändigten Richtlinien über die Vergabe der Bücherpakete sind mir bekannt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift AntragstellerIn

Antrag wird bewilligt.

..... Datum, Unterschrift (FSRmed)

..... Datum, Unterschrift (FSRmed)

Antrag wird abgelehnt

..... Datum, Unterschrift (STW)

Ausgabe der Klinikpakete

Hiermit wird bestätigt, dass ich das Klinikpaket durch das Studentenwerk Greifswald und den Fachschaftratsrat Medizin erhalten habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Empfängers