



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

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

## **ANTRAG**

auf Gewährung eines Vorklinik-Bücherpaketes

### **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 Bücherpaket ausschließlich für die Bewältigung meines Studiums im Rahmen der Vorklinik (1.-4. 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 Bücherpakete

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

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift des Empfängers**