

.....
Absender, Praxisstempel

.....
Ort, Datum

**Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Medizin- und Gesundheitswissenschaften
Department für Versorgungsforschung
Allgemeinmedizin, Raum V04 0-026
Ammerländer Heerstr. 140
z. Hd. Astrid Megnet
D - 26111 Oldenburg**

Angepasstes Formular für das verkürzte Blockpraktikum

**Abrechnung Blockpraktikum Allgemeinmedizin im Modellstudiengang Medizin
(Studienjahr 2020/2021, Kohorte E)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zeitraum vom.....

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

ein **zweiwöchiges** Blockpraktikum in meiner/unsere Praxis abgeleistet.

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

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut:

Bankverbindung wie zuvor:

.....
Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers