

.....  
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 **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: .....

.....  
Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers