
Absender, Praxisstempel

Ort, Datum

**Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Medizin- und Gesundheitswissenschaften
Department für Versorgungsforschung
Allgemeinmedizin, Raum V04 0-026
Ammerländer Heerstr. 114-118
z. Hd. Astrid Megnet
D - 26111 Oldenburg**

**Abrechnung PJ-Tertial Allgemeinmedizin im Modellstudiengang Medizin
Studienjahr _____ Kohorte _____**

Sehr geehrte Damen und Herren,

in dem Zeitraum vom -----

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

ihr/sein PJ-Tertial in meiner/unsere Praxis abgeleistet.

Ich/Wir bitte/n um Überweisung der Aufwandsentschädigung in Höhe von
2400€ auf mein/unser nachstehendes Konto.

Ihr/ sein PJ-Tertial zur Hälfte in meiner/unsere Praxis abgeleistet.

Ich/Wir bitte/n um Überweisung der Aufwandsentschädigung in Höhe von
1200€ auf mein/unser nachstehendes Konto.

IBAN: -----

BIC: -----

Kreditinstitut: -----

Unterschrift Antragsteller/in