

FAMULATURBESTÄTIGUNG

Hiermit wird bestätigt, dass

Herr/Frau _____
Nachname, Vorname der/des Studierenden

geboren am _____

Matr.Nr.: _____

an einer Pflichtfamulatur

an der Abteilung _____

des/der _____
Lehrkrankenhaus/Univ.-Klinik

Datum, Name und Unterschrift des Lehrverantwortlichen

von/bis _____ (____ Wochen)

Stempel

mit Erfolg teilgenommen hat.