

An die
Studienabteilung
Medizinische Universität Wien
Währinger Straße 25
1090 Wien
susanne.vock@meduniwien.ac.at

--

Antrag auf ein Leistungsstipendium

Hiermit beantrage ich ein Leistungsstipendium für das **Studienjahr 20 / .**
BITTE UNBEDINGT VOLLSTÄNDIG UND GUT LESERLICH AUSFÜLLEN!

Akademischer Grad / Vorname / Familienname		Staatsbürgerschaft	
Adresse		PLZ/Ort	
Telefonnummer	SVNr.	Geb. Datum	
E-Mail			
Studienrichtung		Studienkennzahl	Matrikelnummer
Notendurchschnitt (SIP/MKP)	ReturnWeek (202)	72WochenPR (203)	Studienverzögerung
	Ja/nein	Ja/nein	Ja/nein

Zusätzliche Leistungen im vorangegangenen Studienjahr:

a. Pflegedienst, Zahnarzthelfer/in, Rettungswesen	JA	NEIN
b. Lehrtätigkeit als TutorIn oder DemonstratorIn	JA	NEIN

Entsprechend der Ausschreibung des Leistungsstipendiums sind meinem Antrag die Belege beizulegen.

Autor bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen:

a. Erst- oder Einzelautor/in einer Einzelpublikation	JA	NEIN
b. Erst- oder Einzelautor/in eines Tagungsbeitrages	JA	NEIN

Entsprechend der Ausschreibung des Leistungsstipendiums sind meinem Antrag die Belege beizulegen.

IBAN: _____
BIC: _____

Bankverbindung (IBAN und BIC des Geldinstitutes)

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Es wird darauf hingewiesen, dass nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anträge berücksichtigt werden!