

Bestätigung der Fachärztin / des Facharztes

Beilage zum Antrag auf Erlass des Studienbeitrages aufgrund von
Krankheit / Schwangerschaft

		Matrikelnummer
Vorname und Familienname		Geburtsdatum

Ich bestätige hiermit, dass meine Patientin/mein Patient (siehe obenstehende Angaben) in ihrer/seiner Ausübung des Studiums für mehr als zwei Monate (von _____ bis _____) erheblich beeinträchtigt ist bzw. sein wird.

<p>Grund</p> <p><input type="checkbox"/> Krankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Schwangerschaft</p>
--

Datum	Unterschrift
-------	--------------