

A N T R A G

auf Erteilung eines Stipendiums der West-Ost-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Urologie

1. ANGABEN ZUR PERSON

1.1.Familienname:.....

1.2.Geburtsname:.....

1.3.Vorname:.....

1.4.Anschrift:.....

1.5.Telefon:.....

1.6.E-Mail:.....

1.7.Geburtstag:.....

1.8.Geburtsort und Geburtsland:.....

1.9.Staatsangehörigkeit:.....

1.10. Ausreichende deutsche Sprachkenntnisse? ja nein

1.11. Familienstand: ledig verheiratet geschieden

1.12. Name des Ehegatten:.....

Geburtstag:.....

Anschrift:.....

Staatsangehörigkeit:.....

2. ANGABEN ZUR AUSBILDUNG

2.1 Studium:

vonbis.....in.....

vonbis.....in.....

vonbis.....in.....

2.2 Ärztliche Prüfung am.....in

2.3 Haben Sie nach dem Recht Ihres Ausbildungs- oder Heimatlandes die ärztliche Ausbildung abgeschlossen und ist die uneingeschränkte Berufsberechtigung erteilt?

ja

nein

3. ANGABEN ÜBER ÄRZTLICHE TÄTIGKEITEN

Ärztliche Tätigkeiten im Heimatland seit abgeschlossener Ausbildung:

von.....bis.....als.....in.....

von.....bis.....als.....in.....

von.....bis.....als.....in.....

von.....bis.....als.....in.....

von.....bis.....als.....in.....

4. ANGABEN ÜBER GEWÜNSCHTE GASTKLINIK UND STIPENDIENZEITRAUM

4.1 In welchem Zeitraum möchten Sie Ihr Stipendium absolvieren?

Vom.....bis zum.....

4.2 Welche urologischen Fachgebiete sind bei Ihnen von besonderem Interesse?

.....

4.3 Möchten Sie Ihr Stipendium gerne in einer speziellen Gastklinik verbringen?

Wenn ja in welcher?

5. SONSTIGE ANGABEN

5.1 Sind Sie gerichtlich oder berufsgerichtlich vorbestraft? ja nein

5.2 Ist derzeit ein Verfahren nach 5.1 gegen Sie anhängig? ja nein

....., den

.....
(Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin)

BITTE REICHEN SIE ZU IHREM ANTRAG FOLGENDE UNTERLAGEN EIN:

1. Bewerbungsanschreiben
2. Kurzer Lebenslauf
3. Nachweis über die abgeschlossene ärztliche Ausbildung
- in Kopie des Originals und in Kopie der Übersetzung
4. Zeugnisse über ärztliche Tätigkeiten nach der Ausbildung in von der
Gemeindeverwaltung beglaubigter Kopie und ggf. Übersetzung
5. Pass in von der Gemeindeverwaltung beglaubigter Kopie

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an den Ihnen bekannten Vertreter der West-Ost-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Urologie Ihres Landes.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten Antrag mit allen Anlagen zunächst an den Koordinator Ihres Landes und nach dessen Zustimmung an:

Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V.
Ressort Internationale Beziehungen
West-Ost-Kommission
Koordinatorin Daniela Münzenmaier
Uerdinger Straße 64
40474 Düsseldorf
Tel.: +49/211/51609614
Fax: +49/211/51609660
Email: muenzenmaier@dgu.de