



**Zurück an:**

Kreisverwaltung Altenkirchen  
Regionalentwicklung  
Parkstraße 1  
57610 Altenkirchen

**Antrag  
auf finanzielle Unterstützung für die Tätigkeit als Famulant in der  
hausärztlichen Patientenversorgung**

**Der/die Studierende der Medizin**

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

Ist nach bestandener Vorprüfung vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

In der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulant tätig.  
Während dieser Zeit wird der/die Studierende vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet

\_\_\_\_\_ beschäftigt.

\_\_\_\_\_  
Name des ausbildenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ausbildenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Fاملanten

Bei Nichtantritt oder vorzeitigem Abbruch der Famulatur behält sich der Landkreis Altenkirchen vor,  
den gezahlten Betrag zurück zu fordern.

## Angaben zum Famulanten

---

Vorname, Nachname

---

E-Mail

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

## Bankverbindung des Famulanten

---

IBAN

---

BIC

---

Name des Kreditinstitutes

## Erklärung zum Datenschutz:

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Daten zur Abwicklung der Famulaturförderung gespeichert werden. Die Daten werden nicht weiter gegeben.

Ich willige ein, dass mir der Landkreis Altenkirchen bei Interesse Informationen über die beruflichen Möglichkeiten in der Region zu schicken darf.

---

Datum

---

Unterschrift des Famulanten

Bei Nichtantritt oder vorzeitigem Abbruch der Famulatur behält sich der Landkreis Altenkirchen vor, den gezahlten Betrag zurück zu fordern.