Ärztekammer für Tirol

Abteilung Kurie ang. Ärzte

Anichstraße 7

6020 Innsbruck

**Bestätigung**

**Lehrpraktikant/in**:

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Adresse: |  |
| Email-Adresse: |  |
| Telefonnummer: |  |

Ich bestätige mit meiner eigenhändigen Unterschrift, dass ich bisher keine Förderungen bezogen habe.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort: |  |
| Datum: |  |
| Unterschrift: |  |