

Ärztchammer 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:	