



Fachschaftsrat Medizin der Universität Greifswald
Fleischmannstr. 42
17475 Greifswald
E-Mail: info@fsrmed.de

Anstalt öffentlichen Rechts
Abt. Soziales/ Beratung
Bahnhofstr. 44 B
17489 Greifswald
Tel.: 03834-4619051
E-Mail: beratung@stw-greifswald.de

A N T R A G

auf Gewährung eines Vorklinik-/ Klinik-
Bücherpaketes

ANGABEN ZU MEINER PERSON (bitte in Druckschrift)

Name: Vorname:

geb. am: in:

Staatsangehörigkeit:

Ich bin eingeschrieben an der Universität:

Studiengang: Humanmedizin

Das laufende Semester ist mein Fachsemester

Anschrift:

E-Mail-Adresse:

**Obige Angaben wurden durch zuständige*n Sachbearbeiter*in/ Mitglied des FSR
Med. geprüft**

.....
(Unterschrift Sachbearbeiter*in STW oder Mitglied des FSR Med.)

falls nicht möglich, bitte Kopie des Personalausweises und Studiausweises mitschicken!

FINANZIERUNGSPLAN

Mir stehen zur Finanzierung meines Studiums folgende Einkunftsquellen (inkl. Rücklagen) zur
Verfügung (bitte geeignete Nachweise beilegen):

z.Zt. monatl.

..... €

..... €

..... €

URSACHE UND BEGRÜNDUNG MEINER DERZEITIGEN SOZIALEN NOT-SITUATION:

Erklärung: Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich benötige das Bücherpaket ausschließlich für die Bewältigung meines Studiums im Rahmen der Vorklinik bzw. Klinik.

Es ist mir bekannt, dass schuldhaft falsche oder unvollständige Angaben den Entzug der Leistung und ggf. einen Schadenersatz für entstandene Mehrkosten zur Folge hat. Die mir ausgehändigten Richtlinien über die Vergabe der Bücherpakete sind mir bekannt.

.....
Ort, Datum

.....
**Unterschrift der*des
Antragstellenden**

- ☐ Antrag wird bewilligt
☐ Antrag wird abgelehnt

.....
Datum, Unterschrift
(FSRmed)

.....
Datum, Unterschrift
(FSRmed)

.....
Datum, Unterschrift (STW)

Ausgabe der Bücherpakete

Hiermit wird bestätigt, dass ich das Bücherpaket durch das Studierendenwerk Greifswald und den Fachschaftsrat Medizin erhalten habe.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der*des Empfänger*in