



Anlage 2 zum Antrag auf Vergabe des Thüringen- Stipendiums (Erklärungen zu den Verpflichtungen)

Persönliche Daten

Anrede _____ Titel _____ Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Erklärungen

Hiermit erkläre ich, dass

- ich die vorgeschriebene Weiterbildung zu dem Fachgebiet _____ absolviere und an der entsprechenden Facharztprüfung teilnehmen werde
- ich mich verpflichte, bei Abbruch der Weiterbildung bzw. Nichterreichung des Förderzwecks die gewährten Fördermittel an die Stiftung zurückzuzahlen
- ich mich verpflichte, unmittelbar nach erfolgreichem Abschluss der Facharztweiterbildung für die Dauer von mindestens vier Jahren als Ärztin/Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung in Thüringen teilzunehmen

Ort, Datum, Unterschrift