**BESTÄTIGUNG**

Wir ersuchen Sie, dieses Formblatt zum fachlichen Praktikum von einem befugten Vertreter eines akkreditierten Gesundheitsdienstleisters eines EU-Landes, aus den USA, Norwegen oder in der Schweiz, unterschreiben und abstempeln zu lassen.

**Die staatlich akkreditierte höhere Bildungseinrichtung im EU-Raum, die den Gesundheitsdienstleister akkreditiert, bei dem das fachliche Praktikum absolviert wird**

Name:

genaue Anschrift:

staatliche Akkreditierungsurkunde

Nummer:

Datum:

**Der akkreditierte Gesundheitsdienstleister, bei dem das fachliche Praktikum absolviert wird**

Name

genaue Anschrift:

Akkreditierungsurkunde

Nummer:

Datum:

Akkreditierung

Fachbereich (Chirurgie usw.):

Dauer (von-bis):

Als Vertreter des akkreditierten Gesundheitsdienstleisters, bei dem das fachliche Praktikum absolviert wird, bestätige ich, dass die hiesigen Angaben in jeder Beziehung richtig und zuverlässig sind.

□Ich versichere, dass - auf Grund des Beschlusses Nr. 2010/10/VI. der MAB – das Institut zusichert, dass die im 3. angefügten Anhang entsprechende Kompetenzliste in Fach/ in den Fächern ………………………………. der/die Student/in die angegebenen Fertigkeiten erwerben kann.

□Ich versichere, dass - auf Grund des Beschlusses Nr. 2010/10/VI. der MAB – das Institut nicht in vollen Umfang zusichern kann, dass die im 3. angefügten Anhang entsprechende Kompetenzliste in Fach/ in den Fächern ………………………………. der/die Student/in die angegebenen Fertigkeiten erwerben kann.

Name: Unterschrift: .....................................................

Titel/Funktion:

Abteilung:

Datum:

Institutsstempel: