**ERKLÄRUNG**

Dieses Formular muss von einem dazu ermächtigten Vertreter einer akkreditierten medizinischen Hochschule
in einem EU-Mitgliedsstaat, USA, Norwegen oder in der Schweiz,
*die diese Ausbildung als Teil ihres Studienplanes für Medizin anbietet,*ausgefüllt, gestempelt und unterschrieben werden.

**Angaben zur staatlich anerkannten medizinischen Hochschule, in der die Ausbildung stattfindet.**

Name:

Anschrift:

Angaben zur staatlichen Akkreditierungsurkunde:

Nummer:

Datum:

Als ermächtigter Vertreter der obigen akkreditierten medizinischen Hochschule, an der die Ausbildung stattfindet, erkläre ich hiermit, dass die Angaben in diesem Dokument richtig und wahrheitsgemäß 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/Position:

Organisationseinheit:

Datum:

Institutsstempel: