

## Abrechnung Blockpraktikum Allgemeinmedizin 2026

### Rechnungsteller

Praxisbezeichnung: .....

Vorname + Name: .....

Straße / Ort: .....

E-Mail: .....

Steuer-Nr.: .....

### Rechnungsempfänger:

Herrn  
Prof. Dr. med. Jean-François Chenot, MPH  
Abteilung Allgemeinmedizin  
Institut für Community Medicine  
Universitätsmedizin Greifswald, KdöR  
Walther-Rathenau-Str. 11  
1475 Greifswald

Tel. 03834 86 22282  
Faxnummer: 0 3834 86 79 22282  
E-Mail: [allgemeinmedizin@uni-greifswald.de](mailto:allgemeinmedizin@uni-greifswald.de)

Rechnung Nr. .....

Anzahl der betreuten Studierenden (entsprechend Angaben auf Seite 2)	Vergütung je Praktikant*in	Gesamtbetrag
	x 500,00 € =	

Bitte überweisen Sie mir die Vergütung für das Blockpraktikum an die Bankverbindung:

Kontoinhaber: .....

IBAN: .....

BIC: .....

Kreditinstitut: .....

Verwendungszweck  
bzw. Rechnungsnummer: .....

.....  
Datum / Unterschrift Lehrpraxis / Stempel

## **Abrechnung Blockpraktikum**

### **Angaben der Studierenden**

1. Vorname, Name: .....

Zeitraum des Praktikums: .....

2. Vorname, Name: .....

Zeitraum des Praktikums: .....

3. Vorname, Name: .....

Zeitraum des Praktikums: .....

4. Vorname, Name: .....

Zeitraum des Praktikums: .....

5. Vorname, Name: .....

Zeitraum des Praktikums: .....

6. Vorname, Name: .....

Zeitraum des Praktikums: .....

7. Vorname, Name: .....

Zeitraum des Praktikums: .....

8. Vorname, Name: .....

Zeitraum des Praktikums: .....