

**Antrag auf Unterstützung zur
Fort- und Weiterbildung im ärztlichen Bereich**



Dr. Helmut & Renate
**RUHWEDEL
STIFTUNG**

Tel.: 0361 26493-203
Fax: 0361 26493-223
www.ruhwedel-stiftung.de

1. Antragsteller:

Name, Vorname _____
Straße Nr _____
PLZ Ort _____
Geburtsdatum _____
Telefon _____
E-Mail _____

interne Vermerke:
Eingangsdatum:

derzeitige Tätigkeit: _____
Arbeitgeber: _____

Für folgende Fort-/Weiterbildung wird ein Antrag auf Förderung gestellt:

Wann findet die Fort-/Weiterbildung statt? _____

Bildungsträger der Fort-/Weiterbildung:

2. Warum haben Sie sich für die Fort-/Weiterbildung angemeldet?



3. Kostenaufstellung:

Kostenart	Euro:
Kosten der Fort-/ Weiterbildung	
Prüfungsgebühren	

Gesamtkosten: _____

4. Haben Sie bereits an anderer Stelle einen Unterstützungsantrag gestellt? Werden beantragte Kosten von einer anderen Stelle übernommen?

NEIN

JA, bei: _____

(genaue Angaben über Antragsempfänger, Zeitraum und Höhe)

5. Ihre Antragsunterlagen schicken Sie an:

postalisch: Dr. Helmut und Renate Ruhwedel Stiftung
Schillerstraße 25
99096 Erfurt

ODER

per Email: antrag@ruhwedel-stiftung.de

- Anlagen:
- Lebenslauf
 - Approbationsurkunde
 - Kostennachweis für beantragte Förderung
 - Bestätigung der Anmeldung (wenn bereits vorhanden)
 - _____
 - _____

6. Verpflichtung

Ich bestätige, dass alle Angaben im Fragebogen vollständig und richtig sind. Ich verpflichte mich, die Dr. Helmut und Renate Ruhwedel Stiftung sofort über Änderungen zu informieren. Mir ist bewusst, dass falsche oder fehlende Angaben zur Ablehnung, zum Widerruf oder zur

**Antrag auf Unterstützung zur
Fort- und Weiterbildung im ärztlichen Bereich**



Dr. Helmut & Renate
**RUHWEDEL
STIFTUNG**

Tel.: 0361 26493-203
Fax: 0361 26493-223
www.ruhwedel-stiftung.de

Rückzahlung der bewilligten Unterstützung führen können. Ein Rechtsanspruch auf Mittel der Stiftung besteht nicht. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme der Richtlinien für die Vergabe von Förderung für pflegerische und ärztliche Fort- und Weiterbildung.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller