

Verpflichtungserklärung

Hiermit verpflichte ich,, mich im Rahmen der Gewährung der Studienbeihilfe für Medizinstudenten nach Abschluss meiner ärztlichen Ausbildung und Facharztweiterbildung zum Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin oder einer vergleichbaren Weiterbildung, die zur Teilnahme als Hausarzt/-ärztin an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt, eine Tätigkeit als Arzt/Ärztin in eigener Niederlassung in unterdurchschnittlich versorgten Gebieten des Landkreises Vorpommern-Rügen oder bei Bedarf als Arzt/Ärztin im Fachdienst Gesundheit des Landkreises Vorpommern-Rügen aufzunehmen.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift