

Johannes Kepler Universität Linz
Zulassungsservice
Altenberger Straße 69
4040 LINZ
AUSTRIA

Matrikelnummer

Beilage zum Antrag auf nachträglichen Erlass (Rückzahlung) des Studienbeitrags wegen Schwangerschaft Sommersemester 2024

Facharzt*ärztin:

| | |
|----------------------|--|
| Familiennamen | |
| Vorname(n) | |
| Ordination (Adresse) | |

Ich bestätige, dass mein*e Patient*in

| | |
|---------------|--|
| Familiennamen | |
| Vorname(n) | |
| Geburtsdatum | |

durch die von mir diagnostizierte Schwangerschaft

| | |
|--|--|
| mit voraussichtlichem Geburtstermin am | |
|--|--|

im Sommersemester 2024 (dh im Zeitraum von 01.03.2024 bis 30.09.2024) für mehr als zwei Monate am Studium gehindert war / gehindert sein wird.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
des*der Facharztes*ärztin