

# Förderfonds

» » » » Ärzteausbildung in »  
Anthroposophisch erweiterter Medizin

## Antragsformular

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Emailadresse: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit (Studium/Arbeit): \_\_\_\_\_

Ort der Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Was soll gefördert werden?: \_\_\_\_\_

Höhe des Förderbetrags: \_\_\_\_\_

Motivation, finanzielle Situation und Notwendigkeit der Förderung:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte Formular an:

Verein Förderfonds Ärzteausbildung  
in Anthroposophisch erweiterter Medizin  
c/o Jana Ertl / Schwand 1 / 3110 Münsingen  
oder per Mail an: [info@foerderfonds-aem.ch](mailto:info@foerderfonds-aem.ch)