

**ANHANG 3**  
**Bestätigung der Ausbildungsrotation durch die Klinik/Praxis des**  
**Antragstellers/der Antragstellerin**  
**DGK-CCTA-Stipendium**

Die Bestätigung ist wahrheitsgemäß und vollständig auszufertigen und muss von der Klinikleitung/Praxisleitung des Antragstellers/der Antragstellerin unterschrieben werden. Unterschriftenberechtigt sind sowohl der/die jeweilige Klinikleiter:in/Praxisleiter:in als auch sein/e Stellvertreter:in.

Bei nicht wahrheitsgemäßen Angaben kann dem Antragsteller das Stipendium aberkannt werden!

**Angaben zum Antragsteller und zur arbeitgebenden Klinik/Praxis**

Anrede	
Titel, Vorname, Name	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geburtsland (falls nicht Deutschland)	
Name der Klinik	
Abteilung	
Straße, PLZ und Ort	
Klinikleiter:in/Praxisleiter:in	
stellv. Klinikleiter:in/Praxisleiter:in	

**Ermöglichung der Rotation**

Hiermit erklärt sich die verantwortliche Klinik/Praxis, dem Antragssteller/der Antragstellerin die Rotation zur Ausbildung einer min. Level 2 Qualifikation im Bereich CT zu ermöglichen.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

## Kostenübernahme

Das Stipendium beträgt 40.000 Euro, die ausschließlich als Personalmittel für den Antragssteller/die Antragstellerin ausgegeben werden dürfen. Hiermit bestätigt die verantwortliche Klinik/Praxis für alle Kosten aufzukommen, die darüber hinausgehen und das Stipendium nur gemäß der Vorgaben zu verwenden. Die DGK behält sich vor, im Fall einer unsachgemäßen Verwendung die Gelder wieder zurückzufordern.



---

Ort/Datum

---

Unterschrift Klinikdirektor\*in/Praxisleiter:in/Stellvertreter\*in