

## Bestätigung der Fachärztin / des Facharztes (Beilage zum Antrag auf Erlass/Rückerstattung des Studienbeitrages)

An die  
Serviceeinrichtung Studium  
Kapitelgasse 4, 5010 Salzburg

Ich bestätige, dass meine Patientin/mein Patient

		Sozialversicherungsnummer
Familien- und Vorname(n)		
Straße, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür		
Postleitzahl, Ort		
Telefonnummer	Universitäre E-Mail  @sbg.ac.at	

- durch die eingetretene Schwangerschaft
- durch die von mir diagnostizierte Erkrankung

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

so sehr beeinträchtigt ist, dass sie/er am Studium gehindert ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
der Fachärztin/des Facharztes

Stempel