

Vollmacht zur Abholung des Zeugnisses über die Äquivalenz zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen/Zahnärztlichen Prüfung

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

in: _____

Adresse: _____

folgende Person, mein Zeugnis über die Äquivalenz zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen bzw. Zahnärztlichen Prüfung in der dafür vorgesehenen Sprechstunde bzw. in den dafür bekanntgegebenen Zeitfenstern im Prodekanat für Lehre der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg entgegenzunehmen und den Erhalt zu bestätigen:

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

in: _____

Adresse: _____

Die bevollmächtigte Person muss sich entsprechend ausweisen (Personalausweis/ Reisepass).

Eine Kopie meines Personalausweises/Reisepasses und meines Studierendenausweises liegen diesem Schreiben bei.

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person