

# Certificate Bestätigung

**To the Examination Board of Medicine**

An das Landesprüfungsamt des Landes **Bayern** (Erlangen)

This is to certify, that the medical student  
Wir bestätigen, daß der/die Studierende der Medizin

**Name - name**

**Vorname - firstname**

---

**Geburtsdatum – born**

**in /Ort - town**

---

had been on a par with all other medical students during his/her stay at the  
in Rechten und Pflichten den betreffenden Medizinstudenten gleichgestellt war während seines/ihres  
Aufenthaltes am

---

**(Hospital/University)**  
(Krankenanstalt/Universität)

---

von – from

bis – to

She/He has had the same rights, duties and responsibilities as all medical students of the  
University of

Sie/Er hatte dieselben Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten wie Medizinstudenten/-  
studentinnen der Universität von

---

**(Ort /location)**

**(Datum /date)**

**Dean of the Faculty of Medicine, University of**  
**Der Dekan der medizinischen Fakultät der Universität**

**(Unterschrift - signature )**

**(Seal / Stempel)**