**Stammblatt**

## Persönliche Daten

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Anschrift Straße, Nr. |  |
|  PLZ, Ort |  |
| Email |  |
| Telefon |  |
| Mobil |  |

## Kontodaten

|  |  |
| --- | --- |
| IBAN |  |
| BIC |  |
| Name der Bank |  |

## Daten zur Ausbildungssituation/ Arbeitssituation

|  |  |
| --- | --- |
| Studienfach |  |
| Studienzeitraum:  | Beginn:  | voraussichtliches Ende: |
| Studienort |  |
| Arbeit/ Anstellung |  |
| Andere Studienunterstützungen/ Stipendien |  |
| Abgeschlossene Ausbildungen und Studiengänge: |  |

**Vernetzung der Stipendiat/innen**

|  |
| --- |
| Ich bin damit einverstanden, dass andere Stipendiat/innen, die Interesse an einer internen Vernetzung haben (zum Beispiel zur Gründung lokaler Arbeitskreise), meine Kontaktdaten beim Vorstand der IfAAM erfragen können: |
|  | Ja- meine Emailadresse und meine Telefonnummer |
|  | Ja- nur meine Emailadresse |
|  | Ja - nur meine Telefonnummer |
|  | Nein |

*Von der Initiative für Ausbildung in Anthroposophischer Medizin auszufüllen:*

|  |  |
| --- | --- |
| Stipendiaten-ID: |  |
| Bemerkungen: |  |