

Anhang 2

CONFIRMATION
BESTÄTIGUNG

**To the Examination-board for Medicine and Pharmacy of Saarland,
Saarbrücken (Germany)**

An das Landesprüfungsamt des Landes Saarland, Saarbrücken

We hereby confirm, that the medical student

Wir bestätigen hiermit, dass der/die Studierende der Medizin

born _____ **at** _____
geboren am in

has been on a par with the medical students concerned during his/her stay at the
in Rechten und Pflichten den betreffenden Medizinstudenten während seines/ihrer Aufenthaltes am

(Hospital/University)
(Krankenanstalt/Universität)

from _____ **to** _____
von bis
gleichgestellt war.

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

Sie/Er hatte dieselben Rechte, Pflichten und Verantwortlichkeiten wie Medizinstudentinnen/en der
Universität von

_____, **the/den** _____
(location) **(date)**

Dean of the Faculty of Medicine, University of

Der Dekan der medizinischen Fakultät der Universität

Seal / Stempel

(Signature/Unterschrift)