



## Letter of Acceptance of the hosting hospital

*Bestätigung des aufnehmenden Krankenhauses*

DAAD PAGEL Program, MED:EasY

**Faculty of Medicine**  
**UoC**

**The Centre for International Relations, Faculty of Medicine, University of Cologne needs this information in order to grant the „MED:EasY“-funding for this internship/ clinical elective.**

*Das ZIB Med (Zentrum für Internationale Beziehungen der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln) benötigt die folgenden Angaben, um die/den Studierende/n in das „MED:EasY“-Förderprogramm aufzunehmen.*

.....  
**Name of the hospital** *Name des Krankenhauses*

.....

.....  
**Full address of the hospital** *Anschrift des Krankenhauses*

.....

**Homepage** if available

.....

**Last name(s) of the student** *Nachname(n) der/des Studierenden*

.....

**First name(s) of the student** *Vorname(n) der/des Studierenden*

.....

**Date of birth of the student** *Geburtsdatum der/des Studierenden*

.....

**Citizenship of the student** *Staatsangehörigkeit der/des Studierenden*

.....

**Period of time of the internship/ the clinical elective** *Dauer des Praktikums (Famulatur/PJ)*

.....

**Department of the internship/ the clinical elective** *Fachabteilung der Famulatur/desPJs*

.....  
**Place, Date** *Ort, Datum*

.....  
**Stamp of the hospital and signature of an authorized person** *Stempel des Krankenhauses und Unterschrift einer autorisierten Person*