

**C O N F I R M A T I O N**  
**B E S T Ä T I G U N G**

**To the Examination-board for Medicine of Brandenburg, Germany**  
*An das Landesprüfungsamt Brandenburg, Deutschland*

**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/ihres 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 \_\_\_\_\_  
*(location/ Ort)* *den* *(date/ Datum)*

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

---

*(Signature/ Unterschrift)*

---

*(University Seal / Universitätssiegel)*