

Mitteilung zu Mehrfachbewerbungen im Rahmen der Landarztquote

Ich, _____, habe mich für das WS 2025/26
Vorname, Name

- ausschließlich** auf einen Medizinstudienplatz im Rahmen der **Landarztquote Mecklenburg-Vorpommern** beworben.

- neben der Landarztquote M-V in **weiteren nachfolgend aufgeführten Bundesländern** auf einen Medizinstudienplatz im Rahmen der Landarztquote beworben:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Sollte ich für einen Medizinstudienplatz über die Landarztquote M-V ausgewählt werden, jedoch nicht beabsichtigen, diesen anzunehmen, werde ich unverzüglich die KVMV über eine entsprechende Nicht-Inanspruchnahme informieren. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass ich einen Studienplatz auch über die Landarztquote eines anderen Bundeslandes erhalten haben sollte, den ich annehmen werde.

***Hinweis:** Diese Erklärung ist freiwillig und führt für die sich zu bewerbende Person zu keinerlei Nachteilen im Bewerbungsverfahren. Die Abfrage dient ausschließlich der Organisation eines möglichen Nachrückverfahrens.*

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in