

## Mitteilung über die Nicht-Aannahme eines Studienplatzes

An das  
Landeszentrum Gesundheit NRW  
– Auswahlverfahren Landarztgesetz Nordrhein-Westfalen –  
Gesundheitscampus 10  
44801 Bochum

**Persönliche Daten** [bitte vollständig ausfüllen]

Bewerber-ID:	
Name:	
Geburtsdatum:	

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes sowohl bei 1) und 2) an:**

1) Ich nehme das Studienplatzangebot der Stiftung für Hochschulzulassung (hochschulstart.de) im Rahmen des Landarztgesetzes NRW **nicht** an und werde mich **nicht** immatrikulieren.

2) Ich nehme ein anderes Studienplatzangebot für Medizin im Rahmen **einer anderen Landarztquote** an:

**Nein**

**Ja**

an der Universität \_\_\_\_\_

im Bundesland: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich **nicht** beabsichtige, den Studienplatz zurückstellen zu lassen (Dienst nach §19 Studienplatzvergabeverordnung NRW) und mich zu einem späteren Zeitpunkt zu immatrikulieren. Mir ist bewusst, dass die **vertragliche Verpflichtung** mit dem Land NRW bei der Inanspruchnahme eines Dienstes nach § 19 Studienplatzvergabeverordnung NRW **weiterhin besteht** und ich verpflichtet bin, **das LZG.NRW über eine Immatrikulation in Kenntnis zu setzen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift