An die Drittmittelabteilung am FB Medizin - Research Support - Haus 1 Ersatz-Fact -Antrag für Antrag auf Eröffnung eines Drittmittelauftrags

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antragsteller \* |  | Vorläufige Projektnummer | Wird vonFrau Stahlhut vergeben |
| Zentrum \* |  | SAP-  Auftragsnummer |  |
| Klinik/ Institut \* |  |  |  |
| Telefon-Nr. bei  Rückfragen\* |  |  |  |

**Felder mit** \* **sind Pflichtfelder. Bitte die Bewilligung beifügen, sonst kann der Antrag nicht bearbeitet werden.**

Bei juristisch geprüften Verträgen bitte die Vertragsprüfziffer nennen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Kurzname Projekt \* |  | | | | | | |
|  | Kurztitel des Projekts \* |  | | | | | | |
|  | Beschreibung des Projekts |  | | | | | | |
|  | Förderkennzeichen / Geschäftszeichen  oder Vertragsprüfziffer \* |  | | | | | | |
|  | Fördergeber \* |  | | | | | | |
|  | Projektbeginn \* |  | | | | | | |
|  | Projektende \* |  | | | | | | |
|  | Datum Bewilligung/ Vertragsabschluss \* |  | | | | | | |
|  | Mit Kalkulationsblatt? \* Ja / Nein |  | | | | | | |
|  | Privat / Öffentlich oder  Mischfinanzierung? \* |  | | | | | | |
|  | Geschätzte Gesamtkosten |  | | | | | | |
|  | Notizen |  | | | | | | |
|  | Projektleiter und Unterschriften - berechtigte |  | Nachname | Vorname | Akad.  Grad | Rollentyp | Beginn |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# Hinweise:

- Der Klinik- bzw. Institutsleiter ist berechtigt, Auskünfte über das Drittmittelkonto und den Kontostand von der Verwaltung zu erhalten.- Im Rahmen der "Hierarchiekaskade" kann Ihr Drittmittelauftrag ggf. zum Ausgleich defizitärer

Drittmittelkonten herangezogen werden. Der Inhalt der Drittmittelrichtlinien ist mir bekannt.

# Gegen die Inanspruchnahme von Räumen, Personal und Material der Klinik/ des Instituts durch den

**Antragsteller/Projektleiter sind Einwendungen nicht ersichtlich Vom Kliniks- bzw. Institutsleiter anzukreuzen**

|  |  |
| --- | --- |
| Zur Kenntnis genommen und befürwortet: Kliniks- bzw. Institutsdirektor mit Stempel: | Für die Richtigkeit der gemachten Angaben: Antragsteller / Projektleiter: |
| Datum, Unterschrift bitte in Druckbuchstaben wiederholen | Datum, Unterschrift bitte in Druckbuchstaben wiederholen |

Seite **1** von **1**

29.11.2023 11:10