

**ANLAGE DES FB MEDIZIN ZUR ANZEIGE
 VON AUS MITTELN DRITTER GEFÖRDERTEN FORSCHUNGSVORHABEN
 GEMÄß § 29 ABS. 3 HHG**

Name des Projektleiters _____

Einrichtung (Institut/Klinik) _____

Betrifft: Meine Anzeige von aus Mitteln Dritter geförderter Forschungsvorhaben vom: _____

Thema /Arbeitstitel

- Ich möchte für die Durchführung des Projektes folgende Ressourcen der o. g. Einrichtung in Anspruch nehmen:

Personal	
Verbrauchsmittel	
Sonstiges (Räume und Geräte)	

Wichtiger Hinweis:

1. Bitte nur die Mittel der Einrichtung einsetzen, die für das Forschungsvorhaben während der Inanspruchnahme von Mitteln Dritter **zusätzlich** in Anspruch genommen werden sollen.
2. Bei nicht öffentlich finanzierten Drittmittelprojekten kann der Fachbereich Medizin i.a. dem Einsatz von Personal und Verbrauchsmitteln der Einrichtung **NICHT** zustimmen, wenn diese nicht erstattet werden.
3. Bitte wenden sie sich ggf. an das Forschungsreferat des FB Medizin

- Dem Fachbereich Medizin werden nach Abschluss der Drittmittelfinanzierung weiterhin Kosten entstehen

* Nichtzutreffendes bitte streichen

Datum: _____

Unterschrift Antragsteller: _____

Bestätigung der Leitung der Einrichtung

Mit der Durchführung des Projektes und der Inanspruchnahme der o. g. Ressourcen der Einrichtung bin ich einverstanden:

Bei Förderung durch einen öffentlichen Drittmittelgeber:

Ich bestätige, dass die o.g. Inanspruchnahme von Ressourcen der o.g. Einrichtung zur Durchführung dieses Drittmittelprojektes ausschließlich im Rahmen der derzeit gültigen personellen, sächlichen und räumlichen Ausstattung für Forschung und Lehre der o. g Einrichtung erfolgt und sich aus der Durchführung dieses Drittmittelprojektes keine Festschreibung dieser personellen, sächlichen und räumlichen Ausstattung über die allgemeinen während der Projektlaufzeit jeweils geltenden personellen, sächlichen und räumlichen Ausstattungsgrundsätze des Fachbereichs Medizin hinaus wie auch kein darüber hinausgehender Ausstattungsbedarf ergibt.

Bei Förderung durch einen privaten Drittmittelgeber:

Ich bestätige, dass die o.g. Inanspruchnahme von Ressourcen der o.g. Einrichtung zur Durchführung dieses Drittmittelprojektes vom Drittmittelgeber über die gesamte Laufzeit des Forschungsvorhabens dem Fachbereich Medizin in vollem Umfang erstattet wird.

Unterschrift der Leitung der Einrichtung: _____

(Institut/Klinik)/ Stempel