**Antragsskizze im Rahmen des**

**Forschungsförderfonds Campus Fulda**

1. **Projekttitel**

**<Arial 11 fett>**

1. **Antragsteller\*innen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Universitätsmedizin Marburg (UMR)** | **Klinikum Fulda (KLFD)** | **Hochschule Fulda (HSFD)** |
| <Name, Vorname, Titel> | <Name, Vorname, Titel> | <Name, Vorname, Titel> |
| <Klinik/Abteilung> | <Klinik/Abteilung> | <Klinik/Abteilung> |
| <email> | <email> | <email> |
| <Telefon> | <Telefon> | <Telefon> |

1. **Projektmentorinnen (Abteilungs- oder AG-Leiter)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Universitätsmedizin Marburg (UMR)** | **Klinikum Fulda (KLFD)** | **Hochschule Fulda (HSFD)** |
| <Name, Vorname, Titel> | <Name, Vorname, Titel> | <Name, Vorname, Titel> |
| <Klinik/Abteilung> | <Klinik/Abteilung> | <Klinik/Abteilung> |
| <email> | <email> | <email> |
| <Telefon> | <Telefon> | <Telefon> |

1. **Antragsformat**

Studienvorbereitung *(Anschubfinanzierung bis max. 30.000 Euro)*

Forschungsprojekt *(Forschungsinitiative bis max. 80.000 Euro)*

1. **Beschreibung des Vorhabens** *(1 bis max. 2 Seiten)*

* 1. **Hintergrund und eigene Vorarbeiten**

<Hintergrund, eigene Vorarbeiten>

* 1. **Wissenschaftliche Fragestellung**

<welche Fragestellung(en) soll(en) in dem Projekt bearbeitet werden, welche Hypothesen gibt es?>

* 1. **Projektziele**

<Beschreiben Sie die wesentlichen Projektziele und wie diese erreicht werden sollen>

1. **Beiträge der Projektpartner und Synergieeffekte** *(max. ¼ Seite)*

<Rolle der Antragsteller\*innen>

1. **Kooperationen** *(max. ¼ Seite)*

<Sind Kooperationspartner in das Vorhaben involviert, wenn ja, welche, intern/extern>

1. **Benötigte Mittel**

*(bitte grob die benötigten Mittel über die gesamte Projektlaufzeit (2 Jahre) angeben. Eine Detailplanung ist erst auf der Stufe eines Vollantrages notwendig)*

* 1. **Personalmittel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **An der UMR** | **Am KLFD** | **An der HSFD** |
| <Benennung> | <Benennung> | <Benennung> |
| <kurze Begründung> | <kurze Begründung> | <kurze Begründung> |

* 1. **Sachmittel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **An der UMR** | **Am KLFD** | **An der HSFD** |
| <Benennung> | <Benennung> | <Benennung> |
| <kurze Begründung> | <kurze Begründung> | <kurze Begründung> |

* 1. **Investitionen** *(keine Grundausstattung)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **An der UMR** | **Am KLFD** | **An der HSFD** |
| <Benennung> | <Benennung> | <Benennung> |
| <kurze Begründung, auch mit Begründung, warum ggfs. (auch über Kooperationen) verfügbare Geräte nicht genutzt werden können> | <kurze Begründung, auch mit Begründung, warum ggfs. (auch über Kooperationen) verfügbare Geräte nicht genutzt werden können> | <kurze Begründung, auch mit Begründung, warum ggfs. (auch über Kooperationen) verfügbare Geräte nicht genutzt werden können> |

1. **Formale Voraussetzungen** *(max. ¼ Seite)*

<Ist für das Projekt ein Ethikvotum oder eine Registrierungsnummer für klinische Studien notwendig? Wenn ja, wie ist der Status des Antrags? Wenn für das Projekt ein Ethikvotum notwendig ist, wird der Vollantrag vorbehaltlich des positiven Votums der Ethikkommission entschieden>

1. **Perspektive für die Fortsetzung des Projektes** *(max. ¼ Seite)*

<Kann die Abteilung Eigenmittel beisteuern? Welche Drittmittelförderung käme für eine Fortentwicklung des Projektes nach dieser Projektförderung in Frage?>

1. **Referenzen**

<hier einfügen>

1. **Anhänge**

# Einseitiger tabellarischer Lebenslauf der Antragstellerinnen (bitte mit aktuellem Bild)

<Name: Geb. - Datum:

Studium: Promotion:

Wiss. - Tätigkeit:

Weitere Angaben (Preise, Stipendien etc.):

Max. 10 Publikationen (Eigenname hervorheben durch Fettdruck)

bisherige Drittmitteleinwerbungen (Fördergeber, Antragsteller, Projekttitel, Zeitrahmen, Fördervolumen)>

# Erklärung der Antragsteller:innen

Ein Antrag auf Finanzierung dieses Vorhabens wurde bei keiner anderen Stelle eingereicht. Wenn ich einen solchen Antrag stelle, werde ich das Dekanat des Fachbereich Medizin der Philipps Universität unverzüglich benachrichtigen.

<nur gültig mit Unterschrift(en), bitte einscannen!>

# Erklärung der Abteilungsleitung

# Als Abteilungsleitende bestätigen wir, dass die Beschäftigung während der gegebenenfalls

# geförderten Zeit gesichert ist.

<nur gültig mit Unterschrift(en), bitte einscannen!>

# Evtl. Angebote

# Unterschriften der Antragsteller

< Datum, Vorname Name, Unterschrift(en) Antragsteller:innen>