Formular drucken

Universität Münster

medizinische fakultät Universität Münster

Datum

Mitteilung über neue Kooperationsprojekte - Drittmittel - Haushaltsjahr 2024

Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen des Formblatts die **Hinweise zum Formblatt „Meldung neuer Kooperationsprojekte“ im Anhang dieses Formblatts**

1. Art der Meldung	◯ neue Kooperation ◯ Änderung einer bereits gemeldeten Kooperation

2. Allgemeine Angaben zum Drittmittelprojekt	
Geldgeber/Förderer	
Titel	
Förderkennzeichen	
Fonds-Nr. (DM-Verwaltung)	
Laufzeit von:	
Laufzeit bis:	

3. Angaben zu den Antragstellenden			**4. Projekt wurde beantragt von**
Ihre Angaben (Titel, Vorname, Nachname)	Name der Klinik / des Instituts / der Organisationseinheit	%uale Beteiligung an Gesamtförderung	
			◯
weitere Kooperationsbeteiligte (Titel, Vorname, Nachname)	Name der Klinik/des Instituts/ der Organisationseinheit	%uale Beteiligung an Gesamtförderung	
			◯
			◯
			◯
			◯

Stempel der Klinik/des Instituts/der Organisationseinheit: Unterschrift: Direktor*in / Leiter*in

Bitte senden Sie das ausgefüllte, mit dem Stempel Ihrer Organisationseinheit versehene und unterschriebene Formblatt als Scan bis **spätestens zum 17.01.2025** an: **refforsch@uni-muenster.de**. Vielen Dank!