

Antrag auf Reisekostenunterstützung für UMG-Nachwuchswissenschaftler*innen Request for travel grant for junior researchers at University Medicine Greifswald

Bitte 6 Wochen vor Reisebeginn in **einer pdf-Datei** (Antragsblatt + Anlagen) einreichen an: reisekosten@med.uni-greifswald.de
Please submit 6 weeks prior to the event as **one pdf-file** (application form + attachments) to: reisekosten@med.uni-greifswald.de

1.	Antragsteller*in: Titel: Applicant: Title: im laufenden Kalenderjahr in the ongoing calendar year	Vorname: First name: <input type="checkbox"/> 1. Antrag 1 st request	Nachname: Surname: <input type="checkbox"/> 2. Antrag 2 nd request	(max. 2 Anträge pro Antragsteller*in pro Jahr) (max. 2 requests per applicant per year) Abteilung: Department: Hausnummer: 17475 Greifswald Street number:		
	Institut / Klinik: Institute / Clinic: Dienstadresse: Straße: Work address: Street: Telefon: Telephone:	E-Mail:		Abteilung: Department: Hausnummer: 17475 Greifswald Street number:		
	<input type="checkbox"/> Student*in UMG Student UMG <input type="checkbox"/> Doktorand*in Doctoral candidate <input type="checkbox"/> Assistenzarzt*ärztin Assistant doctor <input type="checkbox"/> Post-Doc seit: Postdoc since:					
	Name weiterer Antragsteller*in, falls bekannt: Name of additional applicant, if known:					
2.	Kongress: Congress: Veranstalter: Organizer: Teilnahmedatum: bis Participation date: until		<input type="checkbox"/> virtuell virtual	oder or	Ort: City: Land: Country: Anzahl Übernachtungen: Number of nights away:	<input type="checkbox"/> Inland in Germany <input type="checkbox"/> Ausland outside Germany
3.	Kongress-Beitrag: <input type="checkbox"/> Poster poster <input type="checkbox"/> Vortrag talk <input type="checkbox"/> Erstautor*in Lead author <input type="checkbox"/> Co-Autor*in Co-author Titel des Abstracts: Abstract title:					
4.	Qualifizierungsangebot (Spring/ Summer/ Winter School): Advanced training (spring/ summer/ winter school): Teilnahmedatum: bis Participation date: until		Reisedatum: Travel date:	bis until	Anzahl Übernachtungen: Number of nights away:	
	Die Fortbildungsinhalte sind in Greifswald nicht verfügbar. The advanced training is not available in Greifswald. Unterschrift Signature of supervisor: Einrichtungsleitung:					
5.	Voraussichtliche Reisekosten Estimated travel costs Teilnahmegebühr: € Hotel: € Hotel: € pro Nacht: € Fahrtkosten: € Participation fee: Hotel: Hotel: per night: Transport costs:				Gesamtsumme: € Total sum:	
6.	Weitere Finanzierung durch Kostenstelle (PK/ DM/ DRM/ FV): Additional funding from cost centre:					
7.	Datum: Date:		Unterschrift Antragsteller*in: Applicant signature:			
8.	Anlagen beigefügt: <input type="checkbox"/> Anmeldebestätigung Registration confirmation <input type="checkbox"/> Annahmebestätigung des Abstracts Abstract acceptance confirmation <input type="checkbox"/> Abstract Abstract Enclosed: Registration confirmation Abstract acceptance confirmation Abstract <input type="checkbox"/> Programm Qualifizierungsangebot Advanced training agenda oder or					

Befürwortung durch das Dekanat der Universitätsmedizin Greifswald:

Approval by Dean's Office of University Medicine Greifswald:

Datum:	Unterschrift:	Fördersumme maximal <input type="checkbox"/> 500,00 € (Inland)
		Fördersumme maximal <input type="checkbox"/> 1.000,00 € (Ausland)
Nr.:		Fördersumme maximal ,00 € (fix)
		Maximum funding amount