

Bitte mindestens 6 Wochen vor Reiseantritt einreichen, damit rechtzeitige Bearbeitung und Antwort erfolgen können!
Punkte 1. – 5. vollständig ankreuzen und ausfüllen, 6. unterschreiben, 7. alle Anlagen beifügen!

Den vollständigen Antrag bitte per E-Mail einreichen an: molmed@uni-greifswald.de

laufende Nummer: **2019_**

Sprecher des Forschungsverbundes Molekulare Medizin
Prof. Dr. Uwe Völker
Center for Functional Genomics of Microbes
Abteilung für Funktionelle Genomforschung
C_FunGene | Felix-Hausdorff-Straße 8
17475 Greifswald

Tel. 03834 420-5801
Fax 03834 420-5890
molmed@uni-greifswald.de
www.medizin.uni-greifswald.de/fvmm/

Antrag auf Reisekostenunterstützung durch die Forschungsverbände GANI_MED, Community Medicine und Molekulare Medizin der Universitätsmedizin Greifswald für 2019

1. Antragsteller/in: Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____		
im laufenden Kalenderjahr <input type="checkbox"/> 1. Antrag <input type="checkbox"/> 2. Antrag <small>(pro Antragsteller/in und Kalenderjahr maximal 2 Anträge möglich!)</small>		
Institut/ Klinik: _____		Abteilung: _____
Dienstadresse: _____ Straße: _____	Hausnummer: _____ 17475 Greifswald	
Telefon: _____ 86- _____ Fax: _____ 86- _____ E-Mail: _____		
<input type="checkbox"/> Post-Doc <input type="checkbox"/> Doktorand/in <input type="checkbox"/> Diplomand/in <input type="checkbox"/> Assistenzarzt/ärztin <input type="checkbox"/>		
Name weitere/r Antragsteller/in, falls bekannt: _____ <small>(pro Einrichtung und Kongress maximal 2 Anträge möglich!)</small>		
2. Kongress: _____ Ort: _____ <input type="checkbox"/> Inland		
Veranstalter: _____ Land: _____ <input type="checkbox"/> Ausland		
Teilnahmedatum: bis _____	Reisedatum: _____ bis _____	Anzahl Übernachtungen: _____
3. Kongress-Beitrag: <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Vortrag <input type="checkbox"/> Erstautor/in <input type="checkbox"/> Co-Autor/in		
Titel des Abstracts: _____		
4. Voraussichtliche Reisekosten (jeweils nur in €): _____ Gesamtsumme: _____ €		
Teilnahmegebühr: _____ €	Hotel: _____ € (pro Nacht: _____ €)	Fahrtkosten: _____ €
5. Weitere Finanzierung durch Kostenstelle (PK/ DM/ DRM/ FV): _____		
6. Datum: _____ Unterschrift Antragsteller/in: _____		
7. Anlagen beigefügt: <input type="checkbox"/> Anmeldebestätigung <input type="checkbox"/> Bewerbung <input type="checkbox"/> Annahmebestätigung des Abstracts <input type="checkbox"/> Abstract <small>(fehlende Anlagen bitte schnellstmöglich nachreichen, sonst keine Zusage möglich!)</small>		

Befürwortung durch die Vorstände der Forschungsverbände:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Fördersumme maximal 500,00 € (Inland)
Fördersumme maximal 1.000,00 € (Ausland)
Fördersumme maximal _____,00 € (fix)