**Angaben zur Finanzierung des Projektes und Zustimmung der Klinik-/Institutsleitung**

**1. Antragsteller/in:**

**2. Titel des Projektes:**

**3. CTMS-Nummer (falls vorhanden):**

(CTMS = Clinical Trial Management System = Studienregister der UME)

**4. Wie wird das Projekt finanziert?**

🞏 Industrie (bitte Vertrag anfügen)

🞏 Wissenschaftliche Fachgesellschaft

🞏 Stiftung

🞏 Öffentlicher Förderer (z. B. DFG, BMBF)

🞏 Eigenmittel

🞏 Anders (bitte erläutern)

**5. Name des Sponsors, des öffentlichen Förderers, der Stiftung etc.:**

**6. Antrag auf Gebührenreduktion:**

**🞏** ja **🞏** nein

Begründung:

**7. Antrag auf Gebührenbefreiung:**

**🞏** ja **🞏** nein

Begründung:

**8. Zustimmung der Klinik-/Institutsleitung:**

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Durchführung des o. g. Projektes in meiner Klinik / meinem Institut einverstanden bin und die erforderlichen personellen und sachlichen Mittel vorhanden sind.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum Name in Druckbuchstaben Unterschrift Antragsteller/in

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum Name in Druckbuchstaben Unterschrift Klinik-/Institutsleitung