

**Antrag auf Gewährung des  
Förderprogramm *GESUNDHEIT3000***

(BEIHILFE FÜR ZWECKE DER WISSENSCHAFT)

An MEFOgraz z.H. Mag.a Doris Jung Neue Stiftingtalstraße 6 8010 GRAZ	Eingangsstempel
--	-----------------

**Familienname, Vorname und akad. Grad der\*des Antragstellers\*Antragstellerin:****Geburtsort und -datum:****Staatsbürgerschaft:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**ORG-Einheit****ORG-Adresse(n) und Telefonnummer(n):**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Mail Adresse:	

**Absolviertes Studium, Studienbeginn und Zeitpunkt des Abschlusses:****Projekt-Titel:****Forschungsfeld an der Med Uni Graz**

**Projekt-Meldungs-ID:****Beantragtes Forschungsvorhaben****(Abstract dt. und engl. – max. 2800 Zeichen inkl. Leerzeichen):****Wird dieses Forschungsvorhaben im Zusammenhang mit bzw. im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes durchgeführt?**

- 
- Nein, es handelt sich um ein unabhängiges Projekt.

Betreuer\*in:

- 
- Ja, und zwar mit dem Projekt:

Projektleiter\*in-Nummer:

Projekt-Titel:

Projektleiter\*in:

Fördergeber:

**Kooperation mit in- und/oder ausländischer/n Forschungseinrichtung(en) – falls vorhanden oder geplant:**

Kooperationspartner (Institution, Land, Ansprechperson)	Gegenstand der Kooperation (Was wird gemeinsam mit dem Partner gemacht?)	Status (laufende oder geplante Kooperation?)	Auslandsaufenth alt des/der Antragssteller*in geplant bzw. erforderlich? (wenn ja, Dauer angeben)

**Kosten, die im Zusammenhang mit dem Projekt voraussichtlich anfallen werden:**

Position	Anfallend an der MUG (€)	Anfallend an anderen Einrichtungen (€)
Sachmittel (Geräte in der Höhe bis geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG) und Materialien)		
Leistungen der Core Facilities des ZMF und der Biomedizinischen Forschung (Tierhaltung)		
Personalkosten		
Leistungen (z.B. Laborkosten/Rechnerkosten) die nicht an der Med Uni Graz vorhanden sind, sind präzise zu begründen.		
Kongressgebühr bei aktiver projektbezogener Kongressteilnahme		
Summe		
<b>Gesamtsumme</b>		

**Voraussichtliche (geplante) Dauer des Forschungsprojektes:**

Von.....	bis
Monatsanzahl:	

**Zeitplan:**

--

**Institutionen, von denen das Forschungsvorhaben finanziell unterstützt wird bzw. Stellen, bei denen um Unterstützung des Forschungsprojektes angesucht wurde (Name der Institution und Höhe der Unterstützung angeben):**

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der von mir gemachten Angaben und nehme zur Kenntnis, dass ich zur Rückzahlung der mir ausgezahlten Förderung verpflichtet bin, wenn dieses auf Grund unrichtiger oder unvollständiger Angaben gewährt wird.

Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung hinsichtlich der Voraussetzungen für die Bewilligung der Beihilfe für Zwecke der Wissenschaft (Forschungsstipendium) binnen 6 Tagen dem Verein MEFOGraz schriftlich zu melden, und dass ich eventuell zu viel überwiesene Beträge auf das Konto des Vereins rücküberweisen muss.

Um die Transparenz gegenüber dem Fördergeber und den Spender\*innen zu gewährleisten, verpflichte ich mich bei einer Förderzusage das Projekt in der Forschungsdatenbank der Medizinischen Universität Graz hochzuladen, den Fördergeber anzugeben, aus dem Projekt hervorgegangene Vorträge und Publikationen zu verlinken und einen kurzen Abschlussbericht an MEFOGraz zu übermitteln.

(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des/der Antragsteller/in)

BEILAGEN – in hard copy UND elektronisch in Form EINES pdf-files an doris.jung@medunigraz.at:

- 📁 **Projektbeschreibung** dt. und/oder engl. (max. 10 Seiten)
- 📁 **Tabellarischer Lebenslauf**
- 📁 **Stellungnahme der ORG-Leitung**