



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Antrag auf eine Anbahnungsfinanzierung für Kooperationsprojekte

AntragstellerIn

Name, Vorname, Titel

.....

Institut/Department/Klinik/Sektion/Abteilung

.....

Mailadresse

Tel./Nebenstelle

.....

.....

Angaben zum Projekt:

Geplanter Titel

.....

Acronym

Laufzeit (Monate)

Call Identifier

Call deadline

.....

.....

.....

.....

Fördergeber Programm

Rolle im Konsortium

Projektbudget

Budget MUI

EU

Sonstige

Koordinator

.....

.....

Konsortium (vorhanden/vorläufig/geplant)

Angaben zur Antragstellung des Projektes

Zeitraum

.....

Geplante Aktivitäten

Kosten

Personal

Reisekosten

Meetingkosten

Subcontracting

0,00

Ist eine Unterstützung durch einen Projektentwickler vorgesehen?

☐

Wenn ja, ist dieser Partner im geplanten Projekt?

☐

Wenn ja, welcher? Andere - bitte eintragen

Datum

.....

Unterschrift

.....