



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Antrag auf eine Anschubfinanzierung 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

.....

.....

Konsortium (vorhanden/vorläufig/geplant)

Angaben zur Antragstellung des Projektes

Zeitraum

.....

Geplante Aktivitäten

Kosten

Personal

Reisekosten

Meetingkosten

Subcontracting

Ist eine Unterstützung durch einen Projektentwickler vorgesehen?

Wenn ja, ist dieser Partner im geplanten Projekt?

Wenn ja, welcher?

Unterschrift

Datum

.....

.....

Formalprüfung FSI

Entscheidung Vizerektorat:

Finanzierung genehmigt in der Höhe von:

Finanzierung abgelehnt