

ANSÖKAN OM FORSKNINGSBIDRAG

1. Sökanden

a) Kontaktuppgifter och Personalia

Namn:	
Titel:	Kön:
Forskarutbildning:	Antaget år:
Adress, arbete:	
Telefon:	
Mobil:	
E-postadress:	
Tjänst/Anställning	
Datum för doktorandregistrering	
Datum för doktorsexamen	
Huvudhandledare (I tillämpliga fall)	
Docent (datum)	

b) Medarbetare, kontaktuppgifter

Namn:	
Adress, arbete:	
Telefon:	
Mobil:	
E-mail:	

2. Projekttitel

--

3. Typ av Projekt

a) Försättningsansökan:	
b) Referens nr från tidigare ansökan	Tidigare beviljat belopp:
c) Nytt projekt:	

4. Budget (kortfattat)

	a) Personalkostnad inkl LPK	b) Driftkostnad	c) Totalt
Sökt period			
Kostnad under ev. följande period			

Härmed intygas att institutionen/ arbetsplatsen har möjligheter att ställa lokaler och andra nödvändiga resurser till förfogande för projektet.

Prefekt / Föreståndare
(med namnförtydligande)

5. Sammanfattning av projekt

--

6. Budget (preciserad budgetplan för sökt delprojekt)

	a) Kostnad, total	b) Bidrag från fonden närmast föregående år
c) Personalresurs		
Totalkostnad		
Summa		
d) Drift		
Utrustning		
Resor		
Övriga kostnader		
Summa		
Total		

7. Bilagor

<input type="checkbox"/> Curriculum Vitae (obligatorisk uppgift)	<input type="checkbox"/> Vetenskaplig rapport (obligatorisk för forts. projekt)
<input type="checkbox"/> Utförlig projektbeskrivning (max 10 sid)	<input type="checkbox"/> Särtryck
<input type="checkbox"/> Övrigt	

8. Betalningsmottagare

Institution eller motsvarande:		Postgiro alt. Bankgiro:
Ansvarsställe:		
Verksamhet:		

Insändes till (postadress)	Överlämnas till (besöksadress)
Docent Magnus Hansson Klinisk patologi & cytologi Gula stråket 8 Sahlgrenska Universitetssjukhuset 413 45 Göteborg	

Sista anmälningdag

För att ansökan skall kunna behandlas måste formuläret vara fullständigt ifyllt och styrelsen tillhanda senast den 30 september.

Krav på avrapportering

Krav på avrapportering finns före nästa ansökningstillfälle.

9. Underskrift med namnförtydligande

Ort och datum	Namnteckning – sökande