



Ansökan om anslag för Medicinsk forskning

Fyll i och skriv ut. Insändes i 4 fullständiga exemplar.
Önskade uppgifter skall besvaras!

ADRESS: BOX 55697, S-102 15 STOCKHOLM
TEL: 08 - 32 40 52 · E-MAIL: CLAS@GROSCHINSKY.ORG

Ange e-mail

| | | | |
|--|-------------------|------------------------|---|
| Huvudsökandens namn | | Institution | |
| | | Adress | |
| | | E-mail | |
| Titel, befattning | Disputationsår | Födelseår | Tel. till institutionen Plusgiro/bankgiro |
| Postdoktoral utbildning och verksamhet | | | |
| | | | |
| Medsökandes namn | Titel, befattning | Tel | |
| | | | |
| Projekttitel, kortfattad med nyckelord så att projektet kan identifieras | | | |
| | | | |
| Sammanfattning av forskningsuppgiften (detaljerad forskningsplan m.m. skall bifogas.) | | | |
| | | | |
| Har projektet godkänts av relevant etisk kommitté? Ja/Nej (om Ja var god att bifoga beslut eller ansökan) | | | |
| Tidigare erhållit anslag för samma eller närliggande forskningsuppgift? Ja/Nej (endast anslag över 50.000 kr. behöver redovisas) | | | |
| från | | Kr. | |
| Har anslag tidigare erhållits från denna stiftelse? Ja/Nej | | | |
| Har vetenskaplig redovisning av tidigare från denna stiftelse erhållit anslag skriftligen inlämnats? Ja/Nej | | | |
| Är rapport över detta anslag insänd tidigare? Om nej skall en rapport bifogas denna ansökan. Ja/Nej | | | |
| Totala kostnader (detaljerad specifikation lämnas i bilagan!) | | | |
| Därav sökt hos denna stiftelse | | | |
| Härmed intygas att sökanden disponerar arbetsplats för forskningsuppgiften ifråga och har möjlighet att bearbeta densamma | | | |
|den.....20..... | |den.....20..... | |
| Institutionschefs namnteckning | | Sökandens namnteckning | |
| namnförtydligande | | namnförtydligande | |