**Gesuch SGGG-Bayer Grant für Nachwuchsforschende**

**Antragsteller/in**

Anrede Frau Herr

Akad. Grad

Nachname

Vorname

Nationalität

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

**Korrespondenzadresse**

Strasse

PLZ

Ort

Tel. Privat

Tel. Arbeitstelle

Klinik

Funktion

Seit wann?

Anstellungsgrad in Prozent

**Wissenschaftliche Qualifikationen**

Jahr Universität Prädikat/Benotung

Master

Dr. med.

PhD

Facharzt

Andere Qualifikationen

**Auslandaufenthalte** (nur länger als 3 Monate, nach Studienabschluss)

Gastinstitution

Gastland

**Publikationen**

Anzahl Publikationen

Originalarbeiten

(nur Arbeiten mit eigenen Resultaten)

Übersichtsarbeiten

Case Reports

**Grants:**

Haben Sie sich bereits einmal für einen Forschungs-Grant beworben?

Ja  Nein

Falls ja:

Haben Sie bereits einen Forschungs-Grant erhalten?

Nein  Ja  >1x

Name(n) Grant(s):

**Wissenschaftliches Projekt, Management Summary** (die Anzahl Zeichen muss eingehalten werden, sonst wird die Eingabe zurückgesandt)

Projekttitel (max. 200 Zeichen)

Zusammenfassung (max. 500 Zeichen)

Forschungsziel (max. 200 Zeichen)

Keywords (max. 100 Zeichen)

Eigenleistung für das Projekt (max. 200 Zeichen, sollten Vorstudien vorhanden sein, wie war die Beteiligung an diesen Vorstudien)

Ein ausführliches Dossier zum Projekt muss mit den Unterlagen eingereicht werden und darf 10 A4-Seiten nicht überschreiten.

Beginn des Forschungs-Grants

Dauer des Forschungs-Grants

Falls bereits in Arbeit, seit wann

Geplanter Abschluss

**Bewilligung Ethikkommission EK** (bzw. Tierversuchsbewilligung)

Liegt vor?  Ja  Nein

Name/Ort der EK:

Falls nein, Begründung:

**Wiedereinreichung**

Haben Sie sich mit dem Projekt schon für einen Forschungs-Grant beworben?

Ja  Nein

Falls ja:

Haben Sie bereits einen Forschungs-Grant erhalten?

Nein  Ja

Falls nein:

Wann erfolgten die nicht bewilligten Einreichungen?

Gesuch unverändert

Gesuch abgeändert

Falls abgeändert, was wurde abgeändert?

**Verwendungszweck:**

eigenes Salär für Forschungsarbeit (      ca. Prozent der Arbeitszeit)

Sachmittel (max. 20‘000.-) bzw. max. 25% des Gesamtbetrags von 80‘000.-

Andere

**Budget** (bitte Umrechnung auf SFr)

Währung falls nicht SFr

Kosten für das ganze Projekt       SFr

Auflistung der Hauptposten       SFr

            SFr

            SFr

            SFr

            SFr

            SFr

            SFr

Summe       SFr

**Referenzen**

Bestätigungsschreiben der/des Klinikdirektorin/Klinikdirektors (obligatorisch)

Name:

Vorname:

Klinik:

Referenzschreiben (optional)

Name:

Vorname:

Universität:

Name:

Vorname:

Universität:

**Unterschrift Antragssteller/in**

**Hinweis**

Bitte das Gesuch mit vollständigem Dossier als eine einzige PDF-Datei in elektronischer Form an [sekretariat@sggg.ch](mailto:sekretariat@sggg.ch) und das unterschriebene Gesuch per Post an: SGGG gynécologie suisse, Altenbergstrasse 29, Postfach 868, 3000 Bern 8