

Anlage 2

Datum der Antragstellung *	Eingangsdatum RuG
----------------------------	-------------------

Annahme von Zuwendungen von Dritten

Zuwendungsempfänger:

Name: _____

Funktion (Stellenbezeichnung): _____

Einrichtung: _____

Arbeits-/Beamtenverhältnis zur
Angabe zwingend **Universität Rostock/Medizinische Fakultät**

Universitätsklinikum Rostock/AöR

Tel./Fax: _____

Zuwendungsgeber:

Bezeichnung/ Name: _____

Anschrift: _____

Zuwendungshöhe gesamt: _____

Fahrtkosten _____

Übernachtungskosten _____

Teilnahmegebühr _____

Bewirtung _____

Vergütung für private Nebentätigkeiten _____

Honorar für Vorträge/ Gutachten _____

Sonstige (bitte Zweck angeben) _____

Gegenleistung für die Zuwendung beinhaltet:

Zeitpunkt und Ort der Zuwendungsannahme (z.B. Zeitpunkt des Reiseantritts und Reiseort/ der Nebentätigkeit)

Anlage 2

Bezug des Zuwendungsempfängers zum Zuwendungsgeber

Bezug des Zuwendungsgebers zur Einrichtung (Klinik/ Abteilung/ Institut,...)

Ich erkläre, dass

- die Kostenübernahme durch Dritte keinen Einfluss auf die Führung meines Dienstgeschäftes hat und/oder zukünftig haben wird;
- ich jetzt und zukünftig in keinerlei Beschaffungsvorgänge (auch Leihstellungen/ kostenlose Ge- und Verbrauchsüberlassung) oder deren Vorbereitung eingebunden bin, die die Produkte des unterstützenden Unternehmens betreffen;
- die zur Prüfung notwendigen Unterlagen (Kostenübernahmeerklärung des Dritten, Programm, Verträge, Einladung) beigelegt sind.

Unterschrift Zuwendungsempfänger

Unterschrift Einrichtungsleiter

*** Der Antrag hat zwingend 14 Tage vor Annahme der Zuwendung bei KD-RuG einzugehen!**

Prüfvermerk:

Zustimmung zur Annahme

Ablehnung

KD-RuG

Für die Universität i. A. KD / KD

Für den Rektor i. A. ÄD

Datum