



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT

INNSBRUCK

**Beiblatt zum Antrag auf leistungsbezogene Prämien für die
Einwerbung von Forschungsdrittmitteln**

.....

AntragstellerIn:

Vorname, Familienname, Titel
Dept., Inst., Klinik, Sektion, Abteilung
SV-Nummer
Anteil Prämie

Weitere Begünstigte:

Vorname, Familienname, Titel
Dept., Inst., Klinik, Sektion, Abteilung
SV-Nummer
Anteil Prämie

Vorname, Familienname, Titel

.....

Dept., Inst., Klinik, Sektion, Abteilung

.....

SV-Nummer

.....

Anteil Prämie

.....

Vorname, Familienname, Titel

.....

Dept., Inst., Klinik, Sektion, Abteilung

.....

SV-Nummer

.....

Anteil Prämie

.....

Vorname, Familienname, Titel

.....

Dept., Inst., Klinik, Sektion, Abteilung

.....

SV-Nummer

.....

Anteil Prämie

.....