**Goldschmidt-Jacobson Stiftung Promotionsstipendium für MedizinerInnen:**

**Gesuchs-Formular**

Es besteht kein Rechtsanspruch auf Gewährung eines Beitrages.  
Bitte vollständiges Gesuch nur als PDF elektronisch auf [gf-medizin@unibas.ch](mailto:gf-medizin@unibas.ch)

**Antragsteller/in**

|  |  |
| --- | --- |
| Anrede |  |
| Nachname, Vorname |  |
| Nationalität | 🞏 CH 🞏 D 🞏 F 🞏 weitere |
| Geburtsdatum |  |
| Zivilstand/Anzahl Kinder |  |

**Korrespondenz-Adresse**

|  |  |
| --- | --- |
| Strasse |  |
| PLZ/Ort |  |
| E-Mail |  |
| Tel. Privat/Natel |  |
| Tel. Arbeitsstelle |  |
| Stellung/Tätigkeit |  |
| seit wann? |  |
| Anstellungsgrad in % |  |
| Arbeitgeber |  |

**Qualifikationen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Master | Jahr: | | Universität: |
| Staatsexamen | Jahr: | | Universität: |
| Letzter Auslandsaufenthalt  z.B. im Wahlstudienjahr | |  | |

**Vorläufiger Titel der geplanten Dissertation / Projekttitel** (Maximal 200 Zeichen):

|  |
| --- |
|  |

**Projektbeschrieb** (insgesamt 3 Seiten)

|  |  |
| --- | --- |
| - Zusammenfassung (5 Linien)  - Stand der Forschung in diesem Bereich ( ½ Seite)   * - Fragestellung, Methode, Ziele ( ½ Seite) * - Forschungsplan (inkl. Zeitplan)(1 ½ Seiten)   - Verfügbare Ressourcen (Räume, Personal) (5 Linien) | |
| **Ethikbewilligung** | 🞏 vorhanden 🞏 angefragt 🞏 nicht benötigt |
| Beginn der Förderung: |  |
| Dauer der Förderung: |  |
| Projekt in Arbeit seit: |  |
| Geplanter Abschluss: |  |

**Budget**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Verwendungszweck: (Mehrfachauswahl möglich) | | | | |
|  | Eigenes Salär | | | |
|  | Freistellung (max. 50 %) | | | |
|  | Sachmittel in geringem Umfang (max. 10 % des Gesamtbetrages) | | | |
| Gesamtkosten in CHF  (gemäss detailliertem Budget) | |  | (nur Frankenbeträge, ohne Rappen, kein Tausender-Trennzeichen, z.B. 1234) | |
| Beantragter Förderbeitrag in CHF | |  | (nur Frankenbeträge, ohne Rappen, kein Tausender-Trennzeichen, z.B. 1234) | |
| Ort, Datum: | | | | Unterschrift: |

**Referenzschreiben**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Name, Vorname |  |
| Universität/Klinik: |  |

**Unvollständig ausgefüllte Formulare können nicht angenommen werden.**