

Antrag auf Gebührenerleichterung

nach § 6 Absatz 1 [Gebührensatzung](#) der Ethik-Kommission für Forschungsvorhaben, die ausschließlich aus Haushaltsmitteln des Landes BW oder aus überschießenden Drittmitteln nach § 25 Absatz 6 Hochschulrahmengesetz finanziert und an der Albert-Ludwigs-Universität (UFR) durchgeführt werden. Forschungsvorhaben mit ausschließlich interner Finanzierung.

Titel des Forschungsvorhabens:

Durchführende*r Projektleiter*in der UFR:	
Einrichtung der UFR:	
EK-Antragsnummer: Falls schon vorhanden / falls es sich um ein Amendment handelt	

Hiermit beantragen wir eine Gebührenerleichterung nach § 6 Absatz 1 der Gebührensatzung der Ethik-Kommission der Albert-Ludwigs-Universität für das o.g. Forschungsvorhaben

Bitte ankreuzen

- Die Gebühren gemäß Nr. 5 Gebührenverzeichnis der Gebührensatzung (100 – 800 €) können nicht in vollem Umfang von der oben genannten durchführenden Einrichtung der Albert-Ludwigs-Universität oder des Universitätsklinikums Freiburg getragen werden. Wir beantragen deshalb eine um **50 Prozent reduzierte Gebühr.**
- oder**
- Die Gebühren gemäß Nr. 5 Gebührenverzeichnis der Gebührensatzung (100 – 800 €) können nicht von der oben genannten durchführenden Einrichtung der Albert-Ludwigs-Universität oder des Universitätsklinikums Freiburg getragen werden. Wir beantragen deshalb, die **Gebühren zu erlassen.**

Bitte beachten:

Mittel, aus denen die Gebühren bezahlt werden können, umfassen unter anderem auch Haushaltsmittel wie die Leistungsförderung (LOM) und Leistungsfaktoren (sog. „Bonusmittel“).

Wir erklären, dass das o. g. Forschungsvorhaben ausschließlich aus Haushaltsmitteln des Landes BW oder aus überschießenden Drittmitteln nach § 25 Absatz 6 Hochschulrahmengesetz finanziert wird (Forschungsvorhaben mit ausschließlich interner Finanzierung) und die oben gemachten Angaben zu vorhandenen Mitteln der Wahrheit entsprechen. Geeignete Nachweise zur Finanzierung des Forschungsvorhabens werden mit den Antragsunterlagen eingereicht.

Datum Name <u>und</u> Unterschrift Projektleiter*in der UFR		
Datum Name <u>und</u> Unterschrift Leiter*in der UFR-Einrichtung		

Zusätzlich für Projektleiter*innen aus der Uniklinik FR oder aus Einrichtungen der med. Fakultät der UFR:

Datum Name <u>und</u> Unterschrift zuständige*r Verwaltungsreferent*in		
--	--	--