

Universität Tübingen – Medizinische Fakultät  
 Universitätsklinikum Tübingen

\_\_\_\_\_ Einrichtung

Eberhard-Karls-Universität Tübingen  
 Dekanat Med. Fakultät  
 Drittmittelverwaltung  
 Geissweg 5/1

72076 Tübingen

<input type="checkbox"/> Die Zuwendung soll auf folgende Drittmittelauftragsnummer gebucht werden: D _____
<input type="checkbox"/> Die Einrichtung einer neuen Drittmittelauftragsnummer soll erfolgen

**Anzeige von Zuwendungen und Forschungsaufträgen Dritter (§§ 13, 41 LHG, DMRL 2001) bzw. analoge Anwendung für Zuwendungen an das Klinikum**

**Allgemeine Angaben**

Antragsteller (Name, Telefonnummer)	
Zuwendungsgeber/Auftraggeber (Anschrift)	
Mittelherkunft	<input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> privat (Zusatzangaben Rückseite)
Nur bei ausländischen Geldgebern:	Erfolgt die Mittelvergabe entsprechend dem Vergabeverfahren öffentlicher Drittmittelgeber Deutschlands (z. B. Wissenschaftl. Begutachtung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kurzbezeichnung des Forschungsvorhabens (max. 35 Zeichen)	
Förderkennzeichen (soweit bekannt)	
Laufzeit des Vorhabens (voraussichtlich)	von _____ bis _____ bzw. _____ Jahre
Höhe bzw. Wert der Geld-/Sachzuwendung	_____ Euro
Zweckbestimmung der Mittel	

<p>1. Entstehen Folgekosten?                  (nicht über das Projekt finanzierte Kosten)  <input type="checkbox"/> keine.  <input type="checkbox"/> ja. (Bitte rechts begründen und Finanzierung erläutern)</p> <p>2. Ist die räumliche Unterbringung gesichert?  <input type="checkbox"/> ja.  <input type="checkbox"/> nein. (Bitte rechts erklären, welche Lösung angestrebt wird und Finanzierung erläutern.)</p> <p>3. Ist die Grundausstattung vorhanden?  <input type="checkbox"/> ja.  <input type="checkbox"/> nein. (Bitte rechts erklären, welche Lösung angestrebt wird und Finanzierung erläutern.)</p> <p>4. Sind die erforderlichen Genehmigungen eingeholt?  <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein. (Bitte rechts begründen.)</p>	<p><u>Begründungen und Finanzierung zu 1 – 4</u>                  (Ggfs. Beiblatt anfügen)</p>
---	--

Einverstanden:

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift des Einrichtungsleiters

## Zusatzangaben für private Zuwendungsgeber

Zuwendungsart:

- Geldzuwendung
- Sachzuwendung (Bezeichnung: \_\_\_\_\_)

- mit Gegenleistung (z.B. Forschungsauftrag)
- ohne Gegenleistung

1. Bestanden bzw. bestehen oder sind konkret beabsichtigt **rechtliche und tatsächliche (auch private) Beziehungen** zum Zuwendungs- bzw. Auftraggeber? (Z. B. Beteiligungsverhältnisse, Lieferbeziehungen, Beraterverträge, Mitgliedschaften in Fördervereinen, etc.)

- Ja, folgende: \_\_\_\_\_
- Nein.

Ich erkläre, dass ich nicht an Beschaffungsvorgängen mitwirke, die Produkte oder Dienstleistungen des Drittmittelgebers zum Gegenstand haben.

- Doch, an den folgenden (Bitte Beschaffungsvorgang benennen): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.  Ich erkläre, dass mir keine Anhaltspunkte über Verbindungen nach Ziffer 1 zu dem Drittmittelgeber und der am Projekt beteiligten Personen vorliegen.

- Doch, folgende: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.  Ich bestätige, dass keine weiteren Nebenabreden getroffen wurden und alle gewollten Inhalte in den vorgelegten Unterlagen enthalten sind.

Ich bestätige, dass mit der Drittmittelzuwendung keinerlei Einfluss auf Umsatzgeschäfte, insbesondere Beschaffungsvorgänge des Klinikums genommen wird und auch keinerlei diesbezüglichen Erwartungen bestehen.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Antragstellers

Votum der Prüfung der Drittmittelzuwendung:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Abt. Drittmittel

Die Annahme der Drittmittel wird hiermit erklärt.  
Tübingen, den

\_\_\_\_\_  
Dekan Medizinische Fakultät

Anzeige von Zuwendungen und Forschungsaufträgen Dritter (§§ 13, 41 LHG, DMRL 2001)  
**bei drittfinanzierten Dienstreisen**

Name und Anschrift des Zuwendungsgebers

--

**I. Finanzierung der Dienstreise – zumindest teilweise – aus einem Drittmittelprojekt**

Projektnummer:		Kostenstelle:	
----------------	--	---------------	--

**II. Finanzierung der Dienstreise durch Direkterstattung des Dritten/der Firma (nicht über Drittmittelprojekt)**

<input type="checkbox"/> Erstattung bzw. Gewährung von Einzelleistungen	<input type="checkbox"/> Flugkosten €	<input type="checkbox"/> Hotelkosten €	
	<input type="checkbox"/> Fahrtkosten €	<input type="checkbox"/> Teilnahmegebühr €	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: , €		

**III. Zusatzangaben**

1.	Bestanden bzw. bestehen oder sind konkret beabsichtigt <b>rechtliche und tatsächliche (auch private Beziehungen)</b> zum Zuwendungs- bzw. Auftraggeber? (Z. B. Beteiligungsverhältnisse, Lieferbeziehungen, Beraterverträge, Mitgliedschaften in Fördervereinen, etc.)  <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> Nein.  <input type="checkbox"/> Ich erkläre, dass ich nicht an Beschaffungsvorgängen mitwirke, die Produkte oder Dienstleistungen des Drittmittelgebers zum Gegenstand haben. <input type="checkbox"/> Doch, an den folgenden (Bitte Beschaffungsvorgang benennen): _____
2.	<input type="checkbox"/> Ich erkläre, dass mir keine Anhaltspunkte über Verbindungen nach Ziffer 1 zu dem Drittmittelgeber und der am Projekt beteiligten Personen vorliegen.  <input type="checkbox"/> Doch, folgende: _____
3.	<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass keine weiteren Nebenabreden getroffen wurden und alle gewollten Inhalte in den vorgelegten Unterlagen enthalten sind.

Ich bestätige, dass mit der Kostenübernahme der Dienstreise keinerlei Einfluß auf Umsatzgeschäfte, insbesondere Beschaffungsvorgänge, des Klinikums genommen wird.

**Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.**

Datum	Unterschrift des Dienstreisenden
-------	----------------------------------

**Der Dienstvorgesetzte bestätigt, dass die Teilnahme an der Veranstaltung ausschließlich bzw. überwiegend der Wissenschaft und Forschung dient und die Kostenübernahme durch den Drittmittelgeber angemessen ist.**

Datum	Unterschrift des Dienstvorgesetzten
-------	-------------------------------------

Votum der Prüfung der Zuwendung

Datum	Unterschrift Abt. A1
-------	----------------------

Die Verwaltung genehmigt die Teilnahme an der Veranstaltung.

	für klinische Einrichtungen	für <b>nicht</b> klinische Einrichtungen
Datum	Ltd. Ärztlicher Direktor      Kaufmännischer Direktor	Dekan der Med. Fakultät

# Fragebogen zur Internen Leistungsverrechnung bei Forschungsverträgen

Bezeichnung des Forschungs-  
auftrags/der klinischen Studie .....

Auftraggeber .....

Auftragnehmer  
(Klinik/Institut, Projektleiter) .....

Werden im Rahmen der Durchführung  
des Forschungsvertrages andere  
Abteilung bzw. Einrichtungen des  
Universitätsklinikums in Anspruch  
genommen? ja / nein

Wenn ja, welche Leistungen werden  
dort erbracht (z.B. Laborleistungen,  
Radiologische Untersuchungen) .....

Wie werden die Drittmiteinnahmen  
auf die anderen Abteilungen/Einrich-  
tungen verteilt? .....

.....  
Unterschrift Projektleiter

**Dieser Fragebogen ist notwendige Voraussetzung für die Unterzeichnung der  
Forschungsverträge durch die Leitung des Universitätsklinikums. Wir bitten Sie daher,  
uns diesen Fragebogen baldmöglichst zurückzusenden an:  
Verwaltung des Universitätsklinikums  
Abteilung Rechtsangelegenheiten  
Tel. 80037 oder 87442 / Fax 5340**

Adresse (Stempel)

---

Studie gesponsert von

---

**Hiermit bestätige ich, dass für die Durchführung der klinischen Studie mit dem Titel**

---

**eine Kontaktaufnahme mit der CenTrial GmbH (vormals Koordinierungszentrum  
Klinische Studien am Universitätsklinikum Tübingen, KKS-TU GmbH) stattgefunden hat.**

Eine Kooperation mit der CenTrial GmbH  
zur Durchführung der Klinischen Studie wird angestrebt

Eine Kooperation mit der CenTrial GmbH  
**zur Durchführung der Klinischen Studie wird nicht angestrebt (Begründung):**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Studienleiters

***Der Klinikumsvorstand weist darauf hin, dass eine Unterzeichnung von Verträgen zur  
Durchführung einer Klinischen Studie am Universitätsklinikum Tübingen ohne die Vorlage  
dieses Formblattes nicht möglich ist.***