**Kenntnisnahme der Richtlinien des „Junior Clinician Scientist“-Förderprogramms**

Hiermit bestätige ich, die Richtlinien des „Junior Clinician Scientist“-Förderprogramms erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Geförderte/r:

-------------------------------------------------- --------------------------------------------------
 Ort, Datum Unterschrift, Name in Druckbuchstaben

Einrichtungsleiter/in entsendende Einrichtung:

-------------------------------------------------- --------------------------------------------------
 Ort, Datum Unterschrift, Stempel

Einrichtungsleiter/in aufnehmende Einrichtung:

-------------------------------------------------- --------------------------------------------------
 Ort, Datum Unterschrift, Stempel