

## **Kenntnisnahme der Richtlinien des „Clinician Scientist“-Programms**

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

Geförderte/r:

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift, Name in Druckbuchstaben

Einrichtungsleiter/in der Einrichtung der/des Geförderten:

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift, Stempel

Wissenschaftlicher Mentor/in:

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift, Stempel