**Clinical Fellows 2025**

**UNTERSTÜTZUNG Der VERANTWORTLICHEn KLINIK- UND CENTRUMSLEITUNG**

**| SUPPORT FROM THE RESPONSIBLE Director of Clinic and of CharitéCenter**

**Antragsteller/in | Applicant**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name  | surname |  | Vorname  | first name |  |
| Institution  | institution |  | | |
| CharitéCentrum  | CharitéCenter |  | | |
| Abteilung  | department |  | | |
| Position  | position |  | | |

**Titel des wissenschaftlichen Vorhabens | Title of scientific project**

|  |
| --- |
|  |

**Beantragte Dauer der Förderung | Applied funding period**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| von | from |  | bis | to |  |

**Beantragte Fördermittel (Gesamt) Förderung |Applied funding (total)**

|  |
| --- |
|  |

**Verpflichtung der zuständigen Klinikleitung und CharitéCentrumsleitung:** Wir bestätigen hiermit die Unterstützung des vorliegenden Antrages und sagen verbindlich zu, dass die Antragstellerin bzw. der Antragsteller im Falle einer Förderung für den beantragten Zeitraum und im beantragten Umfang von ihren bzw. seinen klinischen Verpflichtungen freigestellt wird, so dass das beantragte Vorhaben durchgeführt und die Mittel wie im Antrag dargestellt verwendet werden können.

**|** **Commitment of the responsible clinic/department director and CharitéCenter director:** We hereby confirm our support for this application and give a binding commitment that the applicant will be released from his or her clinical duties for the period and to the extent applied for if funding is granted, so that the project applied for can be carried out and the funds used as described in the application.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Place, date       , | Unterschrift der zuständigen Klinikleitung   | Signature of the responsible director of clinic/department |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Place, date       , | Unterschrift der zuständigen CharitéCentrumsleitung  | Signature of the responsible director of CharitéCenter |