

Antrag auf Gebührenerleichterung

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

| |
|---------------------------------------|
| Titel des Forschungsvorhabens: |
| |

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

Hiermit beantragen wir eine Gebührenerleichterung nach § 6 Absatz 1 der Gebührensatzung der Ethik-Kommission der Albert-Ludwigs-Universität für 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. Ich beantrage 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. Ich beantrage 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 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 | | |
| Datum Name <u>und</u> Unterschrift Leiter*in der Einrichtung | | |

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

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