**Antragsteller\*in: Promovend\*in:**

Nachname, Vorname, Titel Nachname, Vorname

Telefon Telefon

E-Mail E-Mail

Klinik/Institut

An die BONFOR-Forschungskommission der

Medizinischen Fakultät Bonn

Venusberg-Campus 1

53127 Bonn

**I Erklärung zum eingereichten BONFOR eAntrag**

**II Einwilligung in die Speicherung, Verarbeitung und Veröffentlichung von Daten**

**eAntragnummer:**[Nr.]

**Förderinstrument:**[Nr. und Bezeichnung]

**Projekttitel:** [Text]

**I** Hiermit erkläre ich, dass ich den oben genannten Fördermittelantrag bei der BONFOR-Forschungskommission in elektronischer Form über das BONFOR eSystem eingereicht habe.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der darin gemachten Angaben.

**II**  Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass

* die zur Bearbeitung meines Antrags erforderlichen Daten von BONFOR elektronisch gespeichert und verarbeitet sowie im Rahmen des Begutachtungs- und Entscheidungsverfahrens an interne und
externe Gutachter sowie Kommissionsmitglieder weitergeleitet werden und
* im Fall einer Fördermittelbewilligung:
a) Daten zum\*zur Fördermittelempfänger\*in (Institution, Name Geförderte\*r sowie Promotionsstipendiat\*in), Förderinstrument und inhaltserschließende Projektangaben (Projekttitel, Abstract) in
BONFOR-Symposiumprogrammen veröffentlicht werden.
b) Förderdaten (Förderinstrument, Förderzeitraum, Bewilligungsumfang) und anonymisierte Daten zum\*zur Fördermittelempfänger\*in (Institution und Geschlecht Geförderte\*r sowie Promotionsstipen-diat\*in) in BONFOR-Berichten veröffentlicht werden.
c) Daten zum\*zur Fördermittelempfänger\*in (Institution, Name Geförderte\*r sowie Promotionsstipendiat\*in), Förderinstrument und inhaltserschließende Angaben zum Projekt (Projekttitel und Projekt-zusammenfassung) auf der BONFOR-Website veröffentlicht werden (Projekttitel: bei Bewilligung,
Projektzusammenfassung: zum Datum der Kontoschließung im eSystem eingereichte Zusammen-fassung).
d) Name, Vorname und Mailadresse des\*der Promotionsstipendiat\*in sowie Förderzeitraum des
Projektes an Institutionen der Medizinischen Fakultät Bonn weitergeleitet (z.B. BIGS Neuroscience, Exzellenzcluster ImmunoSensation) zwecks Aufnahme in E-Mail-Verteiler zur Ankündigung von
Veranstaltungen für Promovend\*innen (Vorträge, Vorlesungen, Seminare), an denen SciMed-Kollegiat\*innen bei Verfügbarkeit eines Platzes im Rahmen ihres promotionsbegleitenden Curriculums teilnehmen können.

Mir ist bekannt, dass die Abgabe dieser Einwilligungserklärung freiwillig ist und ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum und Originalunterschrift Antragsteller\*in Ort, Datum und Originalunterschrift Promovend\*in