

## **Kenntnisnahme der Richtlinien des Förderprogramms „Digital Clinician Scientist“**

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

Geförderte/r:

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift, Name in Druckbuchstaben

Einrichtungsleiter/in der Einrichtung:

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift, Stempel

Mentor/in 1 (digital):

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift, Stempel

Mentor/in 2 (klinisch):

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift, Stempel