**Antrag auf Bezuschussung**

**für Besuche von internationalen Gästen an der KH Mainz**

*Abgabefrist:* bis spätestens vier Wochen vor der Maßnahme

Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende Dokumente bei:

* Programm der geplanten Maßnahme
* Übersicht der erwarteten Kosten
* Teilnehmer/-innen-Liste

BITTE AM PC AUSFÜLLEN!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Antragsteller** | | | |
| **Name des/der Antragstellers/in** |  | | |
| **Fachbereich** |  | | |
| **E-Mail** |  | | |
| **Geplantes Vorhaben** | | | |
| **Zweck des Besuchs** |  | | |
| **Institution der Gäste** |  | | |
| **Datum** | *TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ* | | |
| **Anreise (ca.)** |  | **Anzahl Tage** |  |
| **Anzahl der Teilnehmer/-innen** |  | **Fachbereich/e** |  |
| **Kurzbeschreibung des Vorhabens (max. 700 Zeichen)** |  | | |
| **Involvierte Professoren/innen** |  | | |
| **Finanzielle Unterstützung** | | | |
| **Erwartete Kosten** |  | | |
| **Höhe der gewünschten Kostenübernahme** |  | | |
| **Stellungnahme vom Dekanat, ob die genannten Mittel fehlen** | * *Ja* * *Nein* | | |
| **Können die Kosten von anderer Seite übernommen werden?** | * *Ja* * *Nein* | | |
| **Kurze Kostenübersicht (max. 700 Zeichen)** |  | | |

*Ort, Datum Unterschrift des Dekanats*

*Ort, Datum Unterschrift des/der Antragstellers/in*