

Ansökan om forskningsanslag ur Cancerstiftelsen i Kalmar län

Observera att samtliga fält är obligatoriska

Huvudansvarig sökande (titel och namn)	Telefon
Adress	E-post
Arbetsplats	Telefon
Projektansökan målsättning	
Medsökandes namn (max 3 personer per ansökan)	Telefon
Ansökans kliniska nytta	
Sökt belopp (Specifikation redovisas sid 2)	
Beskriv kort innehållet i forskningsansökan bakgrund samt arbetsplan	

Sökandes syfte med forskningen och samt den direkta kopplingen till cancersjukvård, Region Kalmar län och Kalmar län.

Beskriv den betydelse ansökan kan ha för cancersjukvård i Kalmar län.

Tidsplan

Beskriv hur de sökta medlen kommer att användas, uppdelat på poster

Projektets totala omfattning, om så är fallet vilka kan vara medfinansierare utöver stiftelsen vid ett ev bifall till ansökan

Namn på bilagor och antal sidor:

Referenser och ev liknande genomförda studier:

För att beviljade medel ska kunna betalas ut skall leverantörsfakturer vara noggrant beskrivna jämte redovisning för individ på timnivå. Kopior på offerter samt utdrag som styrker och verifierar fakturer och fakturabetalningar. Projekt som delutbetalas under projektets tidsperiod slutregleras först när projektet slutredovisas genom exv vetenskaplig rapport där det framgår att stiftelsen när hel eller delfinansiär. Projekt som löper över mer än ett år skall delrapporter redovisas. För att beviljade medel skall kunna betalas ut skall projektet vara direkt kopplat till cancerforskning och Kalmar Län.

Ort..... Datum.....

.....
Underskrift av sökande (underskrift omfattar sidorna 1-3)

I samband med underskrift förbinder sig sökande att inkomma med redovisning och utvärdering enligt ovan skallkrav.

Ansökan insändes till:

Cancerstiftelsen i Kalmar Län
Agneta Ekblad

Stora Vägen
579 91 BOCKARA

Vid eventuella frågor kontakta ordförande Gunilla C Johansson
gunillacjohansson@icloud.com