

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

Einrichtung

**Anzeige von Zuwendungen und Forschungsaufträgen Dritter (§§ 13, 41 und 41a LHG, DMRL 2017)**

Allgemeine Angaben

|  |  |
| --- | --- |
| Antragsteller (Name, Telefonnummer) |  |
| Verantwortliche Kostenstelle (Haushaltskostenstelle) | 9 |
| Berichtsempfänger | Direktor  Bereichsleiter  Projektleiter  **Sachbearbeiter (Name):** |
| Dezentraler SAP Besteller  (Angabe zwingend erforderlich!) | **Besteller (Name):** |
| Zuwendungsgeber/Auftraggeber |  |
| Mittelherkunft | öffentlich  privat (Zusatzangaben Rückseite) |
| Nur bei ausländischen Geldgebern: | Erfolgt die Mittelvergabe entsprechend dem Vergabeverfahren öffentlicher Drittmittelgeber Deutschlands?  (z.B. Wissenschaftliche Begutachtung)  ja  nein |
| Kurzbezeichnung des Forschungsvorhabens (max. 80 Zeichen) | Freie Drittmittel |
| Förderkennzeichen (soweit bekannt) | - |
| Laufzeit des Vorhabens (voraussichtlich) | Von -bis-  bzw. - Jahre |
| Höhe bzw. Wert der Geld- /Sachzuwendung | -Euro |
| **Votum der Ethikkommission** | liegt bei  wird nachgereicht  nicht notwendig**:** Hiermit wird bestätigt, dass keine Versuche am, mit oder mit Daten von Menschen durchgeführt werden. |
| Zweckbestimmung der Mittel | Forschung und Lehre |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Entstehen Folgekosten? (Nicht über das Projekt finanzierte Kosten)   keine oder geringfügige, die mit der eigenen Grundausstattung gedeckt werden  ja, namhafte (Bitte rechts begründen und Finanzierung erläutern)   1. Ist die räumliche Unterbringung gesichert?   ja  nein (Bitte rechts erläutern welche Lösung angestrebt wird und Finanzierung erläutern) | Begründung und Finanzierung zu 1. und 2. |

Einverstanden:

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

Datum, Unterschrift des Antragstellers Datum, Unterschrift des Klinikdirektors/ Institutsleiters

(Nur erforderlich, wenn nicht identisch mit dem Antragsteller)

**Zusatzangaben (bei privater Mittelherkunft)**

|  |
| --- |
| Zuwendungsart  Geldzuwendung  Sachzuwendung (Bezeichnung: )  Mit Gegenleistung (z.B. Forschungsauftrag)  Ohne Gegenleistung (z.B. Spende) |

|  |
| --- |
| * 1. Bestanden bzw. bestehen rechtliche und tatsächliche (auch private) Beziehungen zum Zuwendungs- bzw. Auftraggeber? Oder sind konkret beabsichtigt solche Beziehungen aufzunehmen (z.B. Beteiligungs-Verhältnisse, Lieferbeziehungen, Beraterverträge, Mitgliedschaften in Fördervereinen, etc)   Ja, folgende:  Nein  Ich erkläre, dass ich nicht an Beschaffungsvorgängen mitwirke, die Produkte oder Dienstleistungen des Drittmittelgebers zum Gegenstand haben.  Doch, folgende: (Bitte Beschaffungsvorgang benennen) |
| * 1. Ich erkläre, dass mir keine Anhaltspunkte über Verbindungen nach Ziffer 1 zu dem Drittmittelgeber und der am Projekt beteiligten Personen vorliegen   Doch, folgende |
| * 1. Ich bestätige, dass keine weiteren Nebenabreden getroffen wurden und alle gewollten Inhalte in den vorgelegten Unterlagen enthalten sind. |
| * 1. Ich bestätige, dass mit dieser Drittmittelzuwendung keinerlei Einfluss auf Umsatzgeschäfte, insbesondere Beschaffungsvorgänge der Universität genommen wird und auch keinerlei diesbezüglichen Erwartungen bestehen. |
| * 1. Ich bestätige, dass ich die Einstufung der Drittmittelzuwendung als (zutreffendes ankreuzen)   umsatzsteuerpflichtig  nicht umsatzsteuerpflichtig  zur Kenntnis genommen habe.  Das Beiblatt „Steuerpflichtige Drittmittelprojekte“ habe ich  erhalten  nicht erhalten (zutreffendes ankreuzen).  Ich versichere, dass Vorsteuer nur für Aufwendungen in Anspruch genommen wird, die in einem umsatzsteuerpflichtigen Projekt/Betrieb gewerblicher Art der Universität Heidelberg anfallen. Mir ist bewusst, dass die Einrichtung bzw. ich die steuerstraf- und steuerhaftungsrechtlichen Folgen für nicht sachgerechte Angaben, die zu ungerechtfertigten Steuervorteilen führen, zu tragen habe. Das Beiblatt „Steuerpflichtige Drittmittelprojekte“ habe ich zur Kenntnis genommen. |

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

Datum, Unterschrift des Antragstellers Datum, Unterschrift des Klinikdirektors/ Institutsleiters (Nur erforderlich, wenn nicht identisch mit dem Antragsteller)