**Zusage zur anschließenden Finanzierung der**

**Doktorand\*innen-Stelle**

Hiermit bestätige ich, Frau/Herr (*Name, Vorname Einrichtungsleiter\*in*),

.................................................................................................................................................

dass die von Frau/Herrn (*Name, Vorname Antragsteller\*in*)

.................................................................................................................................................

beantragte Doktorand\*innen-Stelle (*falls bereits bekannt: Name, Vorname Doktorand\*in*)

.................................................................................................................................................

im Anschluss an die zweijährige Bausteinförderung, sofern hierfür kein Verlängerungsantrag gestellt und bewilligt wird, für mind. ein weiteres Jahr in meiner Einrichtung (*Name Klinik/Institut*)

.................................................................................................................................................

weiterhin betreut und aus eigenen Einrichtungsmitteln finanziert wird.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Datum** |  | **Unterschrift / Stempel Einrichtungsleitung** |