

## **Erklärung Lehrstuhlinhaberin bzw. Lehrstuhlinhaber/ Chefärztin bzw. Chefarzt**

Hiermit verpflichtet sich die Lehrstuhlinhaberin/der Lehrstuhlinhaber bzw. die Chefärztin/ der Chefarzt, den *Clinician Scientist* über die Laufzeit des Programms in seinen Forschungsbereich aufzunehmen.

Dabei wird der Zugang zur Infrastruktur, wie auch der Zugang zu Labor-Verbrauchsmitteln zugesichert. Ebenso bekommt der *Clinician Scientist* einen Arbeitsplatz zugewiesen.

---

Ort, Datum	Name Lehrstuhlinhaberin/ Lehrstuhlinhaber/ Chefärztin/Chefarzt	Unterschrift
------------	--	--------------