

Registration sheet of GRANAT course/ Anmeldeformular zum GRANAT-Kurs:

"GMP-Basic Course: Good Manufacturing Practice"

Lecturer/ Referentin: Tobias Halfpap

Dates/ Termin(e): 17.02. – 21.02.2025 + 26.02.2025

Salutation/ Anrede:  Ms/ Frau  Mr/ Herr  Diverse/ Divers

Academic degree, name, prename:

\_\_\_\_\_

Faculty: \_\_\_\_\_

Institute: \_\_\_\_\_

Invoice Address / Rechnungsadresse:

Street/Straße: \_\_\_\_\_

Postal code, Site /PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

- Doctoral student in traditional doctorate/ scientific staff/ student -**  
Doktorand\*in in Individualpromotion/ Wissenschaftliche(r) Beschäftigte/ Studierende(r)  
→ Fee/Gebühr: EUR 100,-/person (Faculty of Natural Sciences) or EUR 189,-/person (for other faculties of LUH)  
→ Fee/Gebühr: EUR 189,-/person (for Hannover Medical School/ Medizinische Hochschule Hannover)
- Doctoral student in a research training group or graduate school or in a cluster of excellence -**  
Doktorand\*in in Graduiertenkolleg oder Graduiertenschule oder Exzellenzcluster  
→ Fee/Gebühr: EUR 100,-/person (Faculty of Natural Sciences) or EUR 189,-/person (for other faculties of LUH)  
→ Fee/Gebühr: EUR 189,-/person (for Hannover Medical School/ Medizinische Hochschule Hannover)

Name of research training group or graduate School or cluster of excellence/ Bezeichnung des Graduiertenkollegs bzw. der Graduiertenschule bzw. des Exzellenzclusters:

\_\_\_\_\_

- Postdoc/ lecturer/ scientific staff -** Postdoc/ wissenschaftliche(r) Mitarbeiter\*in/ Dozent\*in  
→ Fee/Gebühr: EUR 100,-/person (Faculty of Natural Sciences) or EUR 189,-/person (for other faculties of LUH)  
→ Fee/Gebühr: EUR 189,-/person (for Hannover Medical School/ Medizinische Hochschule Hannover)

Telephone: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

- I accept/ Ich akzeptiere die [GRANAT-Teilnahmebedingungen/User Agreement of GRANAT](#).

### Verbindliche Erklärung zur Kostenübernahme/ Assurance of payment

Ich versichere, dass die oben genannte Kursgebühr gezahlt werden wird/ I assure, the fee will be payed

- privat (Selbstzahlung) / privately (self-payment) /**  
Datum und Unterschrift / date and signature: \_\_\_\_\_
- vom Institut / via Institute; über Kostenstelle-Projekt-Nr./No. of cost center:** \_\_\_\_\_  
Name des Anordnungsbefugten/Name of authorized signatory: \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift/ date and signature of authorized signatory: \_\_\_\_\_

Please fill in, let sign and send the signed pdf-scan to [granat@nat.uni-hannover.de](mailto:granat@nat.uni-hannover.de)  
/ or fax to GRANAT (0511-762-14365)

Bitte ausfüllen, unterschreiben lassen und den unterzeichneten pdf-Scan mailen an [granat@nat.uni-hannover.de](mailto:granat@nat.uni-hannover.de)  
/ oder faxen an GRANAT (0511-762-14365)