

Registration sheet of GRANAT course/ Anmeldeformular zum GRANAT-Kurs:
"Patent Law in the Natural Sciences"

Lecturer/ Referent: Dr. Tilman Breitenstein
Dates/ Termin(e): 28.02. + 07.03. + 14.03. + 21.03.2025

Salutation/ Anrede: Ms/ Frau Mr/ Herr Diverse/ Divers
Academic degree, name, prename:

Faculty: _____

Institute: _____

Invoice Address: _____

- Doctoral student in traditional doctorate/ scientific staff - Doktorand*in in Individualpromotion/ Wiss. Beschäftigte
→ Fee/Gebühr: EUR 40,-/person (Faculty of Natural Sciences) or EUR 300,-/person (for other faculties of LUH)
→ Fee/Gebühr: EUR 400,-/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 180,-/person (Faculty of Natural Sciences) or EUR 300,-/person (for other faculties of LUH)
→ Fee/Gebühr: EUR 400,-/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 200,-/person (Faculty of Natural Sciences) or EUR 300,-/person (for other faculties of LUH)
→ Fee/Gebühr: EUR 400,-/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

Bitte ausfüllen, unterschreiben lassen und den unterzeichneten pdf-Scan mailen an granat@nat.uni-hannover.de