Antrag auf
Förderung aus dem Open Access-Publikationsfond der Hochschule Neubrandenburg

Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Bitte reichen Sie dieses Formular sowie den beigefügten Antrag auf Rückerstattung privat verauslagter Mittel im Original sowie eine Kopie der Verlagsrechnung und des Zahlungsnachweises bei der Hochschulbibliothek ein. Hinweise zu den Förderbedingungen finden Sie auf der Webseite der Hochschulbibliothek. Bei Fragen kontaktieren Sie uns bitte über openaccess@hs-nb.de oder telefonisch über +49 395 5693-1500.

AntragstellerIn/AutorIn (submitting/corresponding author)

Name _____

E-Mail-Adresse _____ Telefon _____

Fachbereich _____

Einrichtung/Institut/Projekt _____

Angaben zur Publikation

Bibliographische Angaben
Autoren, Titel, Zeitschrift, Band, Jahr, Seiten

_____

ISSN der Zeitschrift _____

Verlag _____

voraussichtliches Erscheinungsdatum _____

Publikationsgebühr _____

Anmerkungen _____

Hiermit bestätige ich, dass

- ich der verantwortliche Autor/die verantwortliche Autorin (corresponding/submitting author) für die Publikation bin,
- die oben angegebenen Kosten die gesamten Publikationsgebühren für den Zeitschriftenartikel umfassen.

Ort	Datum	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Bearbeitung durch die Hochschulbibliothek

Neubrandenburg, den

Bewilligung durch die Hochschulbibliothek, Unterschrift

open access

DFG Deutsche Forschungsgemeinschaft

Hochschule Neubrandenburg
Dezernat II

Eingang:

Antrag auf Rückerstattung privat verauslagter Mittel

Der Betrag über _____ EURO
wurde von mir _____
(Name, Vorname)

am _____ verauslagt.

Bezeichnung Kaufgegenstand, Beschaffungsgrund/Verauslagungsgrund :

ich bin :

☐ Studierende/r ☐ SHK/WHK ☐ Stipendiat/in ☐ Professor/in ☐ Mitarbeiter/in

Wohnanschrift: _____
(Strasse)

_____
(PLZ, Ort)

Ich bitte um Rückerstattung auf mein Konto:
IBAN: _____
BIC: _____
Kreditinstitut: _____

Neubrandenburg, _____ _____
Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Anlage(n): ☐ Originalbeleg(e)
☐ Zahlungsnachweis (Kontoauszug o.ä.)

Annahmeanordnung/Auszahlungsanordnung

	Kapitel	Titel	Kostenstelle/ Kostenträger	Kostenart	Brutto-Betrag EURO
	Festlegungs-Nr.:			Vollauflösung: ☐ Teilauflösung: ☐	
Umbuchung an:					
Einzahler/ Empfänger:					
Verwendungszweck:					
Datum: _____ rechn. Richtigkeit:			Datum: _____ sachl. Richtigkeit:		