

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

Lecturer/ Referent: Dr. Tilman Breitenstein  
Dates/ Termin(e): 23.02. + 01.03. + 08.03. + 15.03.2024

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](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)