

**ANSÖKAN OM AFFILIERING AV FORSKARE
(INKL IT-ABONNEMANG) VID BKV/LiU****Kompetenskravet för ansökan om affilierad forskare är avlagd doktorsexamen**

- Ny ansökan (giltighetstid 3 år med möjlighet till förlängning)
- Ny ansökan (avseende kortare period), ange period: _____
- Förlängning av befintlig affiliering ange LiU-id: _____ Tidsperiod (max 3 år): _____

Den sökandes personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Titel	Personnummer
Telefon	E-postadress	Nuvarande arbetsgivare	
Hemadress	Postnummer	Ort	
Disputationsdatum/Lärosäte		Docent <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ansökan om affiliering inom följande ämnesområde	ORCID	Jag innehar bisysslor som kan påverka anknypningen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Beskriv det planerade samarbetet och affilierings verksamhetsnytta för LiU/BKV

Institutionens uppgifter (ifylles av avdelningschef/ämnesföreträdare)

Det finns ett uppenbart verksamhetsbehov av att anknypa den sökande som affilierad till LiU <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Den sökandes meriter är granskade och godkända <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Tillstyrkan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Underskrift avdelningschef/ämnesföreträdare	Namnförtydligande

ANGE ÖNSKAT IT-ABONNEMANG

- Large 17 250 kr/år exkl OH
- Medium 3 800 kr/år exkl OH
- Small 500 kr/år exkl OH

Fakturauppgifter - Abonnementet faktureras nuvarande arbetsgivare

Fakturaadress	Kontaktperson	Referens/kostnadsställe
---------------	---------------	-------------------------

Den sökandes underskrift**Jag är införstådd med och åtar mig att följa villkoren i bilagt avtal om affiliering**

Datum	Underskrift sökande	Namnförtydligande
-------	---------------------	-------------------

Arbetsgivarens medgivande till affilieringen samt underskrift av bilagt avtal om affiliering

Datum	Underskrift arbetsgivare	Namnförtydligande
-------	--------------------------	-------------------

Prefektens beslut om att tillstyrka affiliering och tilldela beslutskonto enligt ovan angivna uppgifter samt underskrift av bilagt avtal om affiliering

Datum	Underskrift prefekt	Namnförtydligande
-------	---------------------	-------------------

Dekanens beslut om affiliering samt underskrift av bilagt avtal om affiliering

Datum	Underskrift dekan	Namnförtydligande
-------	-------------------	-------------------

Kontoansvarigs uppgifter

<i>Avdelning</i>	<i>Kst</i>	<i>Aktivitet</i>
------------------	------------	------------------