## Meldungen von Zuwendungen an Kliniken des Universitätsspitals Zürich

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Zuwendung 1** | **Zuwendung 2** |
| **Firma, Abteilung inkl. Anschrift** |       |       |
| **Kontaktperson der Firma:**- Vorname, Nachname- Telefon- Mail |                 |                 |
| **Art der Zuwendung \*** |       |       |
| **Beginn** |       |       |
| **Ende** |       |       |
| **Geldwert (CHF)** |       |       |
| **Begünstigte USZ-Klinik, Person oder Stiftung etc. mit Verbindung zum USZ**  |       |       |
| **Konto (Name des Kontos und Institution)** |  |  |
| **Kontaktperson der USZ-Klinik**Vorname, Nachname |       |       |
| **Bemerkungen** |       |       |

\* z.B. Finanzielle Unterstützung von Kongressen, Weiter- oder Fortbildungsveranstaltungen, Unterstützungsbeiträge für Forschungsprojekte, Finanzierung von Stellen, Honorare in Zusammenhang mit Beratermandaten, Übernahme von Spesen, Sponsoring, geldwerte Sachleistungen, Vergünstigungen usw.

**Senden an**: Universitätsspital Zürich, Einkauf, Rämistrasse 100, 8091 Zürich. Mail: einkauf@usz.ch