

Warszawa, dn.....

.....
Imię i nazwisko osoby finansującej badania
.....

Jednostka organizacyjna

Institut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego

Polskiej Akademii Nauk

Wyrażam zgodę na prowadzenie badań przez panią/pana.....
..... w Środowiskowym Laboratorium Laserowych Technik
Mikroskopowych oraz zobowiązuję się do ich finansowania zgodnie z obowiązującym cennikiem.

Jednocześnie zobowiązuję się we wszelkich formach publikacji (komunikaty, artykuły, rozprawy itp.) zawierających dane uzyskane w LLTM umieszczać zdania: **„Badania przeprowadzono w Środowiskowym Laboratorium Laserowych Technik Mikroskopowych Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk”** lub w wersji angielskiej **„The studies were performed in Laboratory of Advanced Microscopy Techniques, Mossakowski Medical Research Centre, Polish Academy of Sciences”** (*Pkt.3. Zasady współpracy i finansowania Środowiskowego Laboratorium Laserowych Technik Mikroskopowych*).

Źródło finansowania: nr grantu/ temat.....

.....
Podpis osoby finansującej badania