

Warszawa, .....

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

*Jednostka organizacyjna*

*Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego*

*Polskiej Akademii Nauk*

Wyrażam zgodę na przeszkolenie pani/pana .....  
z zakresu obsługi systemu **LSM 510/ LSM 780/ Cell Observer SD\*** w Środowiskowym Laboratorium  
Laserowych Technik Mikroskopowych oraz zobowiązuję się do ich finansowania zgodnie z  
obowiązującym cennikiem.

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

.....  
Podpis osoby finansującej badania

\* niepotrzebne proszę skreślić