

Warszawa, dn.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Jednostka organizacyjna

Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego

Polskiej Akademii Nauk

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się z:

1. Zasadami funkcjonowania i korzystania ze Środowiskowego Laboratorium Laserowych Technik Mikroskopowych.
2. Szczegółowymi zasadami korzystania z mikroskopów konfokalnych LSM510 i/lub LSM 780.
3. Zasadami bezpieczeństwa pracy w LLTM.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że we wszelkich formach publikacji (komunikaty, artykuły, rozprawy itp.) zawierających dane uzyskane w LLTM należy umieścić zdanie: „**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**”. Informację tę należy umieścić w „Materiałach i Metodach” lub w stopce.

.....
Czytelny podpis