Warszawa, dn………………………………..

…………………………………………………………………………………………

*Imię i nazwisko osoby finansującej badania*

………………………………………………………………………………………….

*Jednostka organizacyjna*

*Instytut 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 Institute Polish Academy of Sciences**” (Pkt.3. Zasady współpracy i finansowania Środowiskowego Laboratorium Laserowych Technik Mikroskopowych).

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

…………………………………………………………..

Podpis osoby finansującej badania