**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA BADANIA**

**DO REALIZACJI W CENTRUM MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ**

1. **Miejsce realizacji badań:**
2. Centrum Medycyny Doświadczalnej (laboratoria specjalistyczne)
3. Wirtualna Ścieżka Dostępu do…………………………………………………………………………………………………

(proszę zaznaczyć właściwe; w przypadku opcji (b) należy wskazać urządzenie objęte wirtualną ścieżką dostępu)

1. **Kierownik/opiekun naukowy projektu**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………

 (imię, nazwisko, stopień/tytuł naukowy)

**3. Jednostka organizacyjna/wydział**

……………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………

 **4. Tytuł projektu/zadania badawczego** (wypunktować, jeśli więcej zadań)\*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

**5. Opis projektu/zadania badawczego (maksymalnie 500 słów)**

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

**6. Czas realizacji badań w CMD**

Od ……………………………………………………………… do………………………………………………………

(podać dokładną datę w formacie miesiąc/rok)

**7. Harmonogram badań (jeśli projekt składa się z zadań cząstkowych)**

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

**8. Formuła realizacji badań (przy jednej z opcji należy wstawić znak X)**

Realizacja samodzielna [ ]

Zgoda kierownika CMD ………………………………………………………………………………………………………………..

Realizacja samodzielna przy wsparciu personelu CMD [ ]

Realizacja w całości przez personel CMD [ ]

**9. Aparatura niezbędna do realizacji badań:**

……………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..

**10. Finansowanie badań:**

Źródło finansowania

……………………………………………………………………………………………………………………………..

(Instytucja, która przyznała finansowanie/numer grantu/czas trwania grantu)

**11. Osoby upoważnione do uczestnictwa w projekcie po stronie Zleceniodawcy**

Realizacja badań w CMD (jeśli dotyczy)

……………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..

(imię, nazwisko, stopień/tytuł naukowy, afiliacja)

Odbieranie próbek, wyników badań, informacji o projekcie

……………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..

(imię, nazwisko, stopień/tytuł naukowy, afiliacja)

**12. Inne informacje projekcie**

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………

(należy podać wszelkie informacje mające mieć znaczenie dla zgodnej z harmonogramem realizacji badań)

**13. Oświadczenia**

Niniejszym potwierdzam:

* 1. zapoznanie się z Regulaminem Centrum Medycyny Doświadczalnej\*\*, a co za tym idzie deklaruję w imieniu własnym oraz pozostałych, wskazanych w niniejszym zgłoszeniu osób przestrzeganie zasad pracy opisanych w ww. dokumencie,
	2. Posiadanie zgody Komisji Bioetycznej na przeprowadzenie wnioskowanych badań\*\*\*. Numer zgody Komisji Bioetycznej………………………………………………………………..

Poznań,

…………………………………………

(Data)

**Podpisy**

Kierownik/opiekun projektu naukowego

……………………………………………………………

(podpis/pieczęć)

Kierownik jednostki organizacyjnej

……………………………………………………………

(podpis/pieczęć)

Kierownik CMD

……………………………………………………………

(podpis/pieczęć)

\* poszczególne sekcje wniosku można wydłużać lub skracać w zależności od potrzeb

\*\* dostępne na www.cmd.ump.edu.pl

\*\*\* jeśli dotyczy