

ZLECENIE USŁUGI WEWNĘTRZNEJ WYKONANIA
DO CELÓW BADAWCZYCH DLA JEDNOSTEK ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU
MEDYCZNEGO W KATOWICACH

LABORATORIUM

Zleceniodawca		Zleceniobiorca	
Imię			
Nazwisko			
Jednostka organizacyjna			
Numer umowy (płatnika)			
Numer zgody Komisji bioetycznej lub etycznej (jeśli dotyczy)			
Ilość oznaczeń		Numer zlecenia	
Rodzaj materiału		Data zlecenia	
Data		Podpis i pieczęć	
Podpis i pieczęć			

Wykaz badań zgodnych z profilem laboratorium:

I. Opinia Dyrektora Centrum Badawczo-Wdrożeniowego Silesia LabMed:

.....
data

.....
podpis

II. Opinia Kwestora:

Finansowane ze środków:

Umów naukowo-badawczych/grantów	
Pomocy materialnej	
Sponsorów	
innych	

BRAK ŚRODKÓW	
data	podpis

Zarezerwowano	
Wartość	
..... zł	
data:	podpis:

.....
data i podpis Kwestora

III. ZATWIERDZAM DO REALIZACJI:

TAK

NIE

.....
data

.....
podpis właściwego Prorektora