|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ REJESTRACJI PROJEKTU  FINANSOWANEGO Z NARODOWEGO CENTRUM NAUKI** | | | | | |
|  | | | | | |
| **CZĘŚĆ A. PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE**  (WYPEŁNIA AUTOR\_KA PROJEKTU) | | | | | |
| 1. | **ROBOCZY TYTUŁ PROJEKTU** |  | | | |
| 2. | **NAZWA PROGRAMU I NUMER KONKURSU** |  | | | |
| 3. | **WYDZIAŁ UJ CM** |  | | | |
| 4. | **JEDNOSTKA REALIZUJĄCA PROJEKT W UJ CM**  *(np. katedra, samodzielny zakład)* |  | | | |
| 5. | **AUTOR\_KA/KIEROWNIK\_CZKA PROJEKTU** | tytuł, imię i nazwisko: | | | |
| tel.: | | | |
| e-mail: | | | |
| 6. | **OPIEKUN\_KA NAUKOWY\_A PROJEKTU** (*(jeśli osoba wskazana w pkt. 5 Formularza* *jest doktorantem\_tką*) | tytuł, imię i nazwisko: | | | |
| tel.: | | | |
| e-mail: | | | |
| 7. | **PLANOWANY OKRES REALIZACJI PROJEKTU** | miesięcy | | | |
| 8. | **PROJEKT REALIZOWANY W KONSORCJUM** | Tak | | Nie | |
| 9. | **ROLA UJ CM W PROJEKCIE\*** | Lider | | Partner | |
| 10. | **SZACUNKOWA CAŁKOWITA WARTOŚĆ PROJEKTU**  (*kwota dla UJ CM)* | zł | | | |
| 11. | **OPIS CELU/CELÓW PROJEKTU**  *(robocze streszczenie projektu)* |  | | | |
| 12. | **PROJEKT ZAKŁADA REALIZACJĘ ZADAŃ W RAMACH USŁUG ZLECONYCH** | Tak | 1. w innej jednostce UJ CM 2. w innej jednostce UJ 3. poza UJ | | Nie |
| 13. | **RODZAJ I MIEJSCE REALIZACJI USŁUG ZLECONYCH\***  (dotyczy specjalistycznych usług laboratoryjnych, badawczych, np. badania proteomiczne) |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ B. WYKAZ PLANOWANEJ DO ZAKUPIENIA W RAMACH PROJEKTU KLUCZOWEJ APARATURY**  **NAUKOWO-BADAWCZEJ** | | | |
| 1. | **Nazwa Aparatury** |  | |
| Planowana cena brutto |  | |
| Przeznaczenie/Uzasadnienie zakupu |  | |
|  | | | |
| 2. | **Nazwa Aparatury** |  | |
| Planowana cena brutto |  | |
| Przeznaczenie/Uzasadnienie zakupu |  | |
|  | | | |
| 3. | **Nazwa Aparatury** |  | |
| Planowana cena brutto |  | |
| Przeznaczenie/Uzasadnienie zakupu |  | |
|  | | | |
| Data i podpis Autora\_rki projektu | | |  |
|  | | | |
| **CZĘŚĆ C. WERYFIKACJA FORMALNA I MERYTORYCZNA** | | | |
| **Wyrażam zgodę na przygotowanie Projektu:** | | | |
| Data, podpis i pieczęć Pełnomocnika Prorektora CM ds. nauki i infrastruktury | | |  |
| Uwagi: | | | |
| **Sprawdził\_a pod względem formalnym:** | | |  |
| Data, podpis i pieczęć pracownika\_czki Centrum Zarządzania Projektami | | |  |