|  |
| --- |
| **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***Proszę wymienić jedynie aparaturę badawczą, której* ***wartość jednostkowa przekracza 50 000 zł.*** |
| 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 |  |