Warszawa, dn……………………………….

…………………………………………………………………………………………

 *Imię i nazwisko*

………………………………………………………………………………………….

 *Jednostka organizacyjna*

*Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego*

 *Polskiej Akademii Nauk*

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się z:

1. Zasadami funkcjonowania Środowiskowego Laboratorium Laserowych Technik Mikroskopowych.
2. Szczegółowymi zasadami korzystania z mikroskopów dostępnych w Laboratorium
3. Zasadami korzystania i bezpieczeństwa pracy w LLTM.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że we wszelkich formach publikacji (komunikaty, artykuły, rozprawy itp.) zawierających dane uzyskane w LLTM należy umieścić zdanie: „**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**”. Informację tę należy umieścić w „Materiałach i Metodach” lub w stopce.

…………………………………………………………..

 Czytelny podpis