Warszawa, **………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………**

 *Imię i nazwisko osoby finansującej badania*

…………………………………………………………………………………………………………

 *Jednostka organizacyjna*

*Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. Mirosława Mossakowskiego*

 *Polskiej Akademii Nauk*

Wyrażam zgodę na przeszkolenie pani/pana ………………………………………………………………….. w zakresie obsługi systemu **LSM 510/ LSM 780/ Cell Observer SD/Cell Cut\*** w Środowiskowym Laboratorium Laserowych Technik Mikroskopowych oraz zobowiązuję się do jego sfinansowania zgodnie z obowiązującym cennikiem.

Źródło finansowania: nr grantu/ temat………………………………………………………………………..

**…………………………………………………………..**

 Podpis osoby finansującej badania

**\***niepotrzebne proszę skreślić