**ZLECENIE W RAMACH WSPÓŁPRACY NAUKOWO-BADAWCZEJ**

**nr……….. z dnia ………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer projektu |  | źródło finansowania:  *□* dotacja statutowa UJ CM  *□* grant zewnętrzny ………… (jaki?) | | | |
| Tytuł projektu |  | | | | |
| Miejsce realizacji projektu |  | | | | |
| Kierownik Projektu  *(imię, nazwisko, tytuł naukowy, e-mail, tel.)* |  | *zatrudniony w KSS im Jana Pawła II: Tak □ Nie□* | | | |
| Skład Zespołu badawczego |  | | | | |
| Liczba uczestników objętych badaniem |  | | | | |
| Daty rozpoczęcia i zakończenia projektu |  | | | | |
| Wykaz standardowych procedur medycznych finansowanych przez NFZ |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Wykaz ponadstandardowych procedur medycznych | Nazwa procedury | | Liczba | Kwota  brutto | Razem |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| **Kwota brutto zlecenia razem:** | | |  | | |
| Ustalono ceny indywidualne ze względu na: | *□* zakup odczynników i materiałów przez badacza,  *□* wykonanie badania osobiście przez badacza lub członków zespołu,  *□ inne (proszę opisać)*  *□* nie dotyczy | | | | |
| Załączniki: | 1. Opis projektu 2. Oświadczenie kierownika projektu dotyczące rodzaju wykonywanego eksperymentu. | | | | |

Podpis Kierownika Projektu ……………………………………………………………….

Podpis Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych i Administracji …………………………………………………………….

Zatwierdzam pod względem merytorycznym ……………………………………………………………….

*podpis Kierownika Zespołu ds. opiniowania wniosków o przeprowadzenie badania*

Zatwierdzam: ……………………………………………………………….

*podpis Dyrektora Szpitala*

Zatwierdzam: ……………………………………………………………….

*podpis Z-cy Kwestora UJ ds. CM*