

**FORMULARZ ZAMÓWIENIA  
MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO**

Wypełniony i podpisany formularz należy przelać na adres:  
Dr Anna-Karina Kaczorowska (A443)  
E-MAIL: anna.kaczorowska@biol.ug.edu.pl  
FAX. +48 58 523 6074, TEL. +48 58 523 6070

**KOLEKCJA PLAZMIDÓW I DROBNOUSTROJÓW  
UNIwersytet Gdański**

UL. WITA STWOSZA 59/ A443,  
80-803 GDAŃSK

## Dane zamawiającego

Zamawiający

Kierownik Jednostki/  
Grantu/Promotor

## KONTO UŻYTKOWNIKA

Zespół badawczy/  
Pracownia

Katedra

Wydział

## Dane do wysyłki

Instytucja

NIP

Kod i Miasto

Ulica

Nr

Telefon

+48 58

Fax

+48 58

E-mail

## PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

Nr katalogowy	Nazwa	Format	Ilość	Cena jedn.	Koszt całkowity
				<b>SUMA</b>	

Wyżej wymieniony materiał biologiczny zostanie  
wykorzystany:

*Jeśli to możliwe, w przypadku, gdy materiał będzie wykorzystany do realizacji badań finansowanych ze środków publicznych, prosimy o podanie nazwiska kierownika projektu oraz numeru grantu.*

*(Informacja na temat wykorzystania udostępnionego materiału, nie jest przekazywana osobom trzecim, służy wyłącznie do przygotowania rocznego raportu z działalności Kolekcji).*

Akceptuję i wyrażam zgodę na warunki zawarte w umowie użytkownika końcowego MTA.

**W publikacjach uzyskanych z użyciem zamówionych plazmidów bądź szczepów drobnoustrojów, zobowiązuję się podać Kolekcję Plazmidów i Drobnoustrojów UG jako źródło materiału. W przypadku użycia materiału, którego konstrukcja została opisana w publikacji naukowej, zobowiązuję się do zacytowania pracy źródłowej.**

Oświadczam, że posiadam warunki do bezpiecznej pracy z otrzymanym od KPD materiałem biologicznym.

*W przypadku prośby o udostępnienie materiału biologicznego, którego dotyczy ustawa o organizmach genetycznie zmodyfikowanych (Ustawa z dnia 22 czerwca 2001 r. o organizmach genetycznie zmodyfikowanych., Dz. U. nr 76 poz. 811 z późniejszymi zmianami) zamawiający, musi spełniać w udokumentowany sposób warunki ustawy.*

Oświadczam, że jednostka, w której pracuję posiada zezwolenie na prowadzenie prac z użyciem GMO/ GMM.

Data

Podpis

Wypełnia KPD UG

Realizacja zamówienia

Data wpłynięcia zamówienia

TAK

NIE Przyczyna:

Data realizacji zamówienia

Dr Anna-Karina Kaczorowska

SAVE form

PRINT form