.............................................................. Szczecin, ......................................

  *pieczątka jednostki PUM*

**Dział Nauki i Współpracy z Zagranicą**

 **Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego**

 **w Szczecinie**

**ZLECENIE/WNIOSEK NA WYKONANIE USŁUG ZEWNĘTRZNYCH NR**

**……………………….**

 *(wypełnia DNiWZ)*

**DOTYCZĄCYCH OPUBLIKOWANIA ARTYKUŁU NAUKOWEGO**

**Nazwa wydawnictwa** …………..…..…………………………………………………...…………………..….

**Tytuł czasopisma** ……………………………............................................................................................

 ISSN …………………………… IF ………………………….. pkt MEiN ……………….…..……

**Tytuł publikacji** ........................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………….….……..

…………………………………………………………………………………………………………………..…..

**Autorzy** *(w przypadku większej liczby współautorów należy dodać kolejne wiersze w tabeli)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Status autora\*(pracownik/doktorant/student/osoba spoza PUM) | Jednostka afiliowana przez autora | Liczba N**(wypełnia DNiWZ)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* wybrać właściwe

**Wartość zlecenia** ……………..... słownie ..………………………………...……………………. (brutto)

Źródło finansowania ……………………………………..… *(numer działalności statutowej / projektu)*

lub

□ Wnioskuję o finansowanie z Puli Publikacyjnej *(zaznaczyć jeśli dotyczy)*

lub

Publikowanie w programie otwartego dostępu *(zaznaczyć jeśli dotyczy)* □ Springer □ Elsevier

**Przewidywany termin** opublikowania artykułu: od ………..………… do………..…………

**Adres e-mailowy**, na który ma wpłynąć zaakceptowany scan wniosku ……….………….……………….

Należność za wykonaną usługę płatna przelewem po otrzymaniu faktury.

Usługa wyłączona na podstawie rozdziału VIII ust. 3 pkt 3. Regulaminu Udzielania Zamówień Publicznych w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie *(publikacji artykułów oraz ogłoszeń w prasie oraz innych mediach.)*

 ..........................................................

 *pieczątka i podpis składającego zlecenie*

 */kierownik jednostki, projektu/*

|  |  |
| --- | --- |
| **Potwierdzenie środków przez** **Dział Nauki i Współpracy z Zagranicą**(podpis, pieczątka, data) | **Decyzja Dziekana / Prorektora ds. Nauki \*** nie wyrażam zgody / wyrażam zgodę\* na pokrycie kosztów publikacji przez PUM w wysokości ………….... %(podpis i pieczęć, data) |
| **Akceptacja Kwestora** (podpis i pieczęć, data) | **Akceptacja Kanclerza** (podpis i pieczęć, data) |

 \* niepotrzebne skreślić