wpłynął: ......................................................................

**DANE PODSTAWOWE PROJEKTU:**

*tytuł wnioskowanego projektu* ***nie może być identyczny***

*z tematem badań statutowych Zakładu*

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu |  |
| Rok realizacji: | **2017** |
| Wykonawca:*Imię Nazwisko / tytuł, st. nauk. / doktorant, pracownik* |  |
| Dane kontaktowe:*e-mail / tel. / tel. kom. (opcja)* |  |
| Miejsce realizacji (Zakład) |  |
| Promotor rozprawydoktorskiej*jeśli dotyczy* |  |
| Źródło finansowania | Dotacja celowa na finansowanie działalności polegającej na prowadzeniu badań naukowych lub prac rozwojowych oraz zadań z nimi związanych, służących rozwojowi młodych naukowców oraz uczestników studiów doktoranckich |
| Nakłady planowane (zł) |  |
| *Wypełnia Komisja Wydziałowa* |
| Nakłady przyznane (zł) |  | Podpis przewodniczącegoKomisji |  |

**DOROBEK NAUKOWY WNIOSKODAWCY (WYKAZ PUBLIKACJI)**

*podać autorów, rok, tytuł, źródło, tom, strony*

Artykuły naukowe w czasopismach recenzowanych:

Monografie i rozdziały w monografiach:

Doniesienia konferencyjne:

Inne:

**OPIS PROJEKTU BADAWCZEGO:**

*podać przedmiot i cel badań, nowatorstwo,*

*istotność projektu w stosunku do obecnego stanu wiedzy*

*(****maksymalnie 1000 słów = 7700 znaków ze spacjami****)*

**KOSZTORYS PROJEKTU BADAWCZEGO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pozycje kalkulacyjne** | **Koszty****planowane (zł)** |
| 1. | Wynagrodzenia bezpośrednie:a) osobowy fundusz płacb) bezosobowy fundusz płac |  |
| 2. | Odpisy od wynagrodzeń :**Od poz. 1 a**a) Składka na Ubezp. Społ. - 19,64%b) Odpis na zakł. fund. świad. socjalnych - 5,72%**Od poz. 1 b**a) Składka na Ubezp. Społeczne - 19,64% |  |
| 3. | Stypendia dla uczestników studiów doktoranckich uczestniczących w badaniach |  |
| 4. | Materiały bezpośrednie |  |
| 5. | Usługi:- wydawnicze- inne |  |
| 6. | Podróże służbowe:- delegacje krajowe- delegacje zagraniczne |  |
| 7. | Razem koszty (poz. 1-6) |  |
| 8. | Narzut kosztów pośrednich (30% od poz. 7) |  |
| 9. | Aparatura  |  |
| **Koszty ogółem (poz. 7+8+9)** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Podpis kierownika Zakładu* |  | *Podpis wnioskodawcy:* |

**OPINIA PROMOTORA ROZPRAWY DOKTORSKIEJ:**

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

 *data, podpis*