



Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Szczecin, dn. __.__.20__ r.

Nazwisko i imię Wykonawcy

Adres zamieszkania

**Pomorski Uniwersytet Medyczny
w Szczecinie**

ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin

OŚWIADCZENIE O PRAWIDŁOWYM WYKONANIU USŁUGI W I/II/III/IV* OKRESIE ZBIÓRKI

Oświadczam, iż Pan/i* _____ wykonał/a* należycie wszystkie czynności obejmujące w szczególności:

- 1) Sporządzenie dokumentacji i ustalenie pozycji GPS wraz ze zdjęciem miejsca pobrania próbek;
- 2) Opisanie warunków pogodowych w miejscu pobierania próbek (godzina pobrania, temperatura, wilgotność gleby);
- 3) Przygotowanie punktu do pobrania próbek, tj. wbicie palika w punkcie pobrania, przygotowanie powierzchni do pobrania próbek;
- 4) Pobranie materiału z głębokości do 5 cm w promieniu 5m od wyznaczonego punktu kontrolnego;
- 5) Transportowanie pobranych próbek do laboratorium, gdzie zostaną zamrożone i wprowadzone do systemu biobankowania;
- 6) Wprowadzenie do systemu zebranych danych dotyczących pobranych próbek.

w danym okresie zbiórki, zgodnie z umową nr CRU-____-2020-CTT z dnia __.09.2020 r.

Termin realizacji zbiórki	Łączne wynagrodzenie w PLN

podpis Wykonawcy

pieczętka i podpis Kierownika Projektu

**niepotrzebne skreślić*



Projekt jest współfinansowany przez Narodowe Centrum
Badań i Rozwoju zgodnie z umową DOB-
BIO10/03/01/2019 „MIKROBIOM”

