



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

ZESTAWIENIE ZLECONYCH PRZEZ KIEROWNIKA PROJEKTU WYJAZDÓW W MIEJSCA POBORU PRÓBEK W I/II/III/IV* OKRESIE ZBIÓRKI

Lp.	Termin wyjazdu	Położenie geograficzne (GPS)
1)		
2)		
n		

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”



Narodowe Centrum
Badań i Rozwoju