Dziennik

Centrum Analiz Badawczych  
Wydział Zarządzania i Nauk o Jakości

**Karta usługi Centrum Analiz Badawczych UMG**

**DANE BENEFICJENTA** *(Wypełnia Beneficjent)*

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł/stopień naukowy |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Katedra / Zakład / Szkoła Doktorska |  |
| Dyscyplina/ny naukowa/e |  |
| Adres mailowy |  |
| Telefon do kontaktu |  |
| Data zgłoszenia w CAB | DD-MM-RR |
| Cel analizy badawczej | ………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………... |
| Planowany sposób wykorzystania wyników współpracy z CAB *(np. publikacja w czasopiśmie …, monografia, rozprawa doktorska, itp.)* |  |

**CEL I ZAKRES ANALIZY DANYCH/USŁUG CAB WRAZ ZE WSKAZANIEM WYKORZYSTANEGO OPROGRAMOWANIA** *(Wypełnia pracownik CAB)*

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………… |

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

*(data i podpis Beneficjenta)* *(data i podpis pracownika CAB)*