****

**KATOLICKI UNIWERSYTET LUBELSKI JANA PAWŁA II**

**WYDZIAŁ TEOLOGII**

**Instytut Nauk Biblijnych**

### WNIOSEK O DOFINANSOWANIE DZIAŁALNOŚCI NAUKOWEJ Z REZERWY DYREKTORA INSTYTUTU NAUK BIBLIJNYCH

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko, stopień lub tytuł naukowy |  |
| Adres e-mail, numer telefonu |  |
| Dyscyplina |  |
| Katedra/Sekcja |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kwota wnioskowana  |  |
| Cel, na który mają być przyznane środki |  |
| Planowany termin działania |  |
| Planowany rezultat naukowy i termin realizacji*(publikacje, punktacja, jakie, gdzie i kiedy będą publikowane)* |  |
| KOSZTORYS |
| **Wydatek - opis** | **kalkulacja kosztów** | **wnioskowana kwota** |
| **ilość** | **cena** |
| zakupy materiałów |  |  |  |  |
| zakup usług  |  |  |  |  |
| zakup sprzętu, aparatury *(wymienić jakie)* |  |  |  |  |
| delegacje  |  |  |  |  |
| opłaty konferencyjne |  |  |  |  |
| opłaty za publikację (monografia, czasopismo – kalkulacja wydawnicza) |  |  |  |  |
| Inne: *(jakie, wymienić)* |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |

………………………………………………………

*Data i podpis wnioskodawcy*

## **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia powyższego postępowania.

Oświadczam, że przyznana mi kwota zostanie wydana wyłącznie na zadeklarowany cel.

**Oświadczam, że w razie uzyskania finansowania nie będę się ubiegać o zwrot kosztów w wysokości większej niż przyznana przez Dyrektora Instytutu.**

Przyjmuję do wiadomości, że przekroczenie limitu środków nie będzie finansowane z rezerwy Dyrektora Instytutu.

|  |  |
| --- | --- |
| Data wypełnienia | Podpis wnioskodawcy |

**DECYZJA:**

Kwota dofinansowania: …………………………………

Centrum budżetowe: ………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis |