

RUKOVODIOCU  
NAUČNO ISTRAŽIVAČKOG CENTRA ZA BIOMEDICINU

**ZAHTEV**  
za korišćenje usluga i rad u NICB

- IME I PREZIME (sa titulom i zvanjem): \_\_\_\_\_

- FUNKCIJA/POZICIJA/SVOJSTVO (navesti precizno - rukovodilac: institucije, istraživačke jedinice fakulteta ili univerziteta, projekta, katedre, UNO, ...; mentor ..., doktorand pod mentorstvom ..., istraživač na projektu ...):  
\_\_\_\_\_

- SVRHA RADA U NICB (navesti precizno - projekat, nastava, doktorat, studija, komercijalne svrhe, drugo - navesti koja):  
\_\_\_\_\_

- POTREBNA LABORATORIJA/ODELJENJE NICB – okruži na spisku (za svaku laboratoriju/odeljenje ide poseban zahtev):

- *Laboratorija za elektronsku mikroskopiju*
- *Laboratorija za funkcionalnu genomiku i proteomiku*
- *Odeljenje za ćelijsko i tkivno inženjerstvo*
- *Laboratorija za hromatografiju*
- *Laboratorija za eksperimentalnu patologiju i imunologiju*
- *Odeljenje za eksperimentalnu medicinu*
- *Vivarijum*

- POTREBNA SLEDEĆA SPECIJALIZOVANA OPREMA NICB: \_\_\_\_\_

(Vidi link <https://biomedicina.edu.rs/>)

- TRAJANJE ISTRAŽIVANJA (od – do): \_\_\_\_\_

- UČESNICI istraživanja sa Medicinskog fakulteta (ime i prezime; zvanje; dokaz o obučenosti za rad na opremi, ako će samostalno raditi):

- 
- 
- 
- 
- 

(Ako je veći broj učesnika, dati spisak na posebnom listu u prilogu)

- UČESNICI istraživanja izvan Medicinskog fakulteta (ime i prezime; zvanje; dokaz o obučenosti za rad na opremi, ako će samostalno raditi):

- 
- 
- 

(Ako je veći broj učesnika, dati spisak na posebnom listu u prilogu)

- OSOBLJE NICB koje će se angažovati i koliko (datumi ili dani u sedmici i sa koliko sati dnevno):

- 
- 
- 

(Ako je veći broj učesnika, dati spisak na posebnom listu u prilogu)

- Ako je potreban prekovremeni rad osoblja NICB i rad nedeljom i praznikom kako je regulisana nadoknada?

- IZVORI FINANSIRANJA\* (navesti precizno - institucija, projekat, međuinstitucionalna saradnja, lična sredstva, drugo - navesti koji) \_\_\_\_\_

- BROJ DOZVOLE ETIČKOG TELA (ako je potrebna za istraživanje) \_\_\_\_\_

DATUM \_\_\_\_\_

PODNOŠILAC ZAHTEVA:

\_\_\_\_\_

Kontakt (tel/mob/e-mail):

\_\_\_\_\_

POTVRDA ODGOVORNOG LICA LABORATORIJE/

/ODELJENJA DA JE MOGUĆA REALIZACIJA ZAHTEVA: \_\_\_\_\_

Rukovodilac NICB saglasan: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_