**INDYWIDUALNY PLAN BADAWCZY (IPB)**

**Temat badań:**

**Ankieta Doktoranta:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Dyscyplina:** | * Nauki medyczne
* Nauki farmaceutyczne
* Nauki o zdrowiu
 |
| **Jednostka, w której będą prowadzone badania:** |  |
| **Kontakt** | Telefon: |
| e-mail: |
| **Promotor** | Imię i nazwisko: |
| Telefon: |
| e-mail: |

**Ankieta merytoryczna badań naukowych:**

|  |
| --- |
| **Opis projektu** ***(opis projektu powinien zawierać min. 5 000 znaków)*** |
| **Założenia i cele badawcze** |
| **Metodyka badań, aparatura** |
| **Planowane efekty naukowe i praktyczne, w tym efekty uczenia się dla kwalifikacji na poziomie 8 PRK**  |
| **Piśmiennictwo** |

**Planowany kosztorys i źródło finansowania:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Odczynniki i drobny sprzęt laboratoryjny** |  |
| **Tłumaczenia, korekty, usługi statystyczne** |  |
| **Podróże służbowe krajowe i zagraniczne** |  |
| **Inne** |  |
| **KOSZTY RAZEM****Planowane źródło finansowania** |  |

**Harmonogram realizacji IPB, w tym etapy przygotowania rozprawy doktorskiej:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Okres realizacji** | **I rok** | **II rok** | **III rok** | **IV rok** |
| **Nazwa zadania** | **I sem** | **II sem** | **I sem** | **II sem** | **I sem** | **II sem** | **I sem** | **II sem** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Złożenie rozprawy doktorskiej** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Doktorant** | **Data i podpis** |
| **Promotor** |  |
| **Promotor pomocniczy** |  |

Oświadczam, iż zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych osób realizujących w Uczelni projekty naukowe m.in. kierowników projektów, nauczycieli akademickich, członków zespołów badawczych, doktorantów, młodych naukowców oraz zasadami ochrony danych osobowych w badaniach w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku i zgodnie z treścią Oświadczenia wyrażam na nie zgodę i na przetwarzanie przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku moich danych osobowych zebranych w celu realizacji badania naukowego w ramach IPB.

...................................................... ......................................................

(data) (podpis)

Wypełniony formularz powinien być dostarczony w formie drukowanej w jednym egzemplarzu do Biura Szkoły Doktorskiej oraz przesłany za pomocą poczty elektronicznej na adres: szkola.doktorska@umb.edu.pl

|  |
| --- |
| **Akceptacja Dyrektora Szkoły Doktorskiej** |
| ...................................................... ......................................................(data) (podpis) |

|  |
| --- |
| **Akceptacja Rektora** |
| ...................................................... ......................................................(data) (podpis) |