|  |
| --- |
| **Διαβιβαστικό Αίτησης EY** |
| **Επιστημονικός Υπεύθυνος:**  |
| **Τμήμα:**  |
| **Εργαστήριο:**  |
| **Στοιχεία Επικοινωνίας** |
| Τηλ.:  | e-mail: |
|  |
| **Τεκμηρίωση Επιστημονικότητας των Προσφερόμενων Υπηρεσιών** [Παρακαλούμε για την περιγραφή της μεθοδολογίας/ τεχνικής των προσφερόμενων Υπηρεσιών, με τρόπο όπου θα φαίνεται η εξειδίκευση αυτών] |
|  |
| **Συνημμένα:**   |
|  | ***Αίτηση- Δήλωση για Έργο Παροχής Υπηρεσίας*** | ☐ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ |
|  | ***Αίτηση \_Δήλωση για Έργο Παροχής Υπηρεσίας από Μεμονωμένα μέλη ΔΕΠ*** | ☐ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ |
|  | ***ΦΕΚ Ίδρυσης Εργαστηρίου*** | ☐ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
|  | ***ΦΕΚ Εσωτερικού Κανονισμού Εργαστηρίου*** | ☐ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
|  | ***Έγκριση του Τομέα ή Τμήματος ή Σχολής ή Κοσμητείας, για την παροχή υπηρεσιών*** | ☐ΤΟΜΕΑΣ  | ☐ΤΜΗΜΑ | ☐ΣΧΟΛΗ | ☐ΚΟΣΜΗΤΕΙΑ |
|  | ***Κατάλογος Παρεχόμενων Υπηρεσιών (συμπ. Κοστολογίου)*** | ☐ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
|  | Βιογραφικά των μελών ΔΕΠ/ομάδας εργασίας | ☐ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
|  | **Φόρμα Στοιχείων** *(βλ.*[Παράρτημα IV](#_ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ_ΙV:_Φόρμα)*)* | ☐ΝΑΙ  | ☐ΟΧΙ *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
|  | **Άλλο** | *[παρακαλούμε αιτιολογήστε]* |
| ☐ Δηλώνω ότι οι προτεινόμενες υπηρεσίες είναι εναρμονισμένες σύμφωνα με τον Κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Πατρών  |
|  Πάτρα, / /20 Επιστημονικός Υπεύθυνος |

****

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΕΙΔΙΚΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΚΟΝΔΥΛΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ – Ν. 4485/2017**

Α.Φ.Μ.: 998219694 – Α΄ Δ.Ο.Υ. ΠΑΤΡΩΝ

ΤΗΛ: 2610-997888 FAX: 2610-996677

E-mail: rescom@upatras.gr – Url: <http://research.upatras.gr>

**ΑΙΤΗΣΗ-ΔΗΛΩΣΗ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ**

**ΓΙΑ ΕΡΓΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ**

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος ..................................................................., Επιστημονικός Υπεύθυνος (Ε.Υ.) του έργου παροχής υπηρεσιών που διεξάγεται από το Εργαστήριο [*τίτλος εργαστηρίου]* (ΦΕΚ...........................) δηλώνω ότι για την παροχή υπηρεσιών από το εν λόγω εργαστήριο τηρούνται οι προϋποθέσεις του άρθρου 2 (α-γ) του Π.Δ. 159/1984.

Επιπλέον, δηλώνω ότι η/οι παρεχόμενη/ες υπηρεσία/ες δεν παρέχεται/ονται από άλλο εντεταλμένο δημόσιο φορέα της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδος (ΠΔΕ)[[1]](#footnote-1), ή/και δεν συμπεριλαμβάνεται/ονται σε αναλύσεις, μελέτες, δοκιμές, κτλ που διενεργούνται από σχετικά εργαστήρια ή επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα της ΠΔΕ. Οι υπηρεσίες θα παρέχονται αποκλειστικά στις εγκαταστάσεις του Εργαστηρίου του Παν/μίου Πατρών.

*[Στην περίπτωση που η παρεχόμενη υπηρεσία καλύπτεται μερικώς από τους προαναφερθέντες φορείς, να εξηγείται εντός του παρόντος ο τρόπος διαφοροποίησης της προτεινόμενης παροχής υπηρεσίας διαφοροποιείται ή/και παρέχει επιστημονικώς καλύτερα ή πιο αξιόπιστα αποτελέσματα σε όφελος του κοινωνικού συνόλου.]*

 O/Η Δηλών/ούσα

[Ονοματεπώνυμο]

………………………… Πάτρα, / /20

Ο/Το/Η Τομέας/Τμήμα/Σχολή[[2]](#footnote-2) ................................................. που χορήγησε την άδεια παροχής υπηρεσιών προς τον Ε.Υ. κ. ................................................. έλαβε γνώση της ανωτέρω δήλωσής του και επιβεβαιώνει τα όσα σχετικά δηλώνει ο Ε.Υ..

 O/Η βεβαιών/ούσα

 [Ονοματεπώνυμο]

 Διευθυντής Τομέα/Πρόεδρος Τμήματος/Κοσμήτορας Σχολής[[3]](#footnote-3)

1. π.χ. για παροχές υγείας από το Πανεπιστημιακό ή άλλο Νοσοκομείο, για αναλύσεις π.χ. από το Γενικό Χημείο του Κράτους κτλ [↑](#footnote-ref-1)
2. διαγράφεται ότι δεν εφαρμόζεται [↑](#footnote-ref-2)
3. διαγράφεται ότι δεν εφαρμόζεται [↑](#footnote-ref-3)