

.....
(Miejscowość, data)

.....
(podać imię i nazwisko autora korespondencyjnego,
afiliację (wraz z adresem pocztowym),
adres pocztowy do korespondencji,
telefon, adres e-mail)

Redakcja kwartalnika
Medycyna Doświadczalna i Mikrobiologia
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-
-Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24
00-791 Warszawa

OŚWIADCZENIE AUTORA KORESPONDENCYJNEGO

1. Oświadczam, że praca autorstwa (wymienić autorów pracy) pt. (podać pełny tytuł pracy) nie była dotychczas publikowana i nie jest złożona do publikacji w innej redakcji. Wszyscy wymienieni autorzy zapoznali się z regulaminem zamieszczania prac w kwartalniku Medycyna Doświadczalna i Mikrobiologia i w pełni go akceptują.
2. Informuję, że praca została sfinansowana: (podać źródła finansowania pracy, wkład instytucji naukowo – badawczych, stowarzyszeń i innych podmiotów itp.)
3. Oświadczam, że: (*)
 - A. Konflikt interesów nie występuje
 - B. Konflikt interesów występuje i polega na: (podać rodzaj konfliktu z wyszczególnieniem poszczególnych autorów)
4. Informuję, że niżej wymienieni autorzy wnieśli następujący udział w powstaniu pracy: (wymienić udział poszczególnych autorów w powstaniu pracy)

.....
(czytelny podpis autora korespondencyjnego)

(*) niepotrzebne skreślić