



## List przewodni

Imię i nazwisko autora odpowiedzialnego za korespondencję z redakcją:

.....

Adres: .....

.....

Tel. kom.: ..... E-mail: .....

.....

Podpisani poniżej autorzy zgłaszają pracę pt.

.....

.....

do publikacji w „**Pediatryi i Medycynie Rodzinnej**”, oświadczając, że:

1. Praca nie była dotychczas publikowana (z wyjątkiem streszczeń materiałów zjazdowych) i nie została skierowana do druku w innym czasopiśmie.
2. Publikacja nie narusza praw autorskich innych osób.
3. Wszyscy wymienieni poniżej autorzy pracy zapoznali się z jej treścią i wyrażają zgodę na publikację w „**Pediatryi i Medycynie Rodzinnej**”.

Autorzy oświadczają, że przenoszą nieodpłatnie autorskie prawa majątkowe do oznaczonej powyżej publikacji na wydawnictwo Medical Communications Sp. z o.o. Przeniesienie praw autorskich obejmuje wykorzystanie publikacji w zakresie jej utrwalenia, zwielokrotnienia i opublikowania we wszystkich znanych formach i na wszystkich znanych polach eksploatacji.

**Bardzo prosimy o określenie wkładu poszczególnych autorów w powstanie pracy, wybierając z poniższej listy:**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 1. Koncepcja i projekt badania         | 2. Napisanie artykułu                |
| 3. Analiza i interpretacja danych      | 4. Ostateczne zatwierdzenie artykułu |
| 5. Zbieranie i/lub zestawianie danych  | 6. Krytyczne zrecenzowanie artykułu  |
| 7. Inne (proszę określić jakie): ..... |                                      |

Nazwisko autora	Wkład w powstanie pracy (proszę użyć cyfr z listy powyżej), w tym procentowy (w nawiasie)	Podpis	Data

Jestem świadomy konieczności uiszczenia opłaty za tłumaczenie/opracowanie językowe zgłoszonego manuskryptu (zob. informacja na stronie [www.pimr.pl](http://www.pimr.pl)).

Dane do faktury (na dzień wysłania pracy; w przypadku konieczności ich zmiany należy powiadomić o tym Redakcję przed otrzymaniem faktury):

Imię i nazwisko / nazwa instytucji (osoba fizyczna / podmiot niebędący osobą fizyczną): .....

.....

Adres nabywcy: .....

.....

Identyfikator podatkowy NIP (podmiotu niebędącego osobą fizyczną): .....

Wyrażam zgodę na przysyłanie faktur, duplikatów tych faktur oraz ich korekt w formie elektronicznej przez Medical Communications Sp. z o.o.

z siedzibą w Warszawie (ul. Powsińska 34, 02-903 Warszawa, NIP: 113-18-99-154, REGON: 012932668).

Tak  Nie

Oświadczam, że nie występuje konflikt interesów  / Oświadczam, że występuje konflikt interesów, polegający na:

.....

.....

Konflikt interesów występuje w sytuacji, gdy przynajmniej jeden z autorów artykułu ma powiązania, np. finansowe, z instytucjami (poprzez inwestycje, zatrudnienie, doradztwo, honoraria itp.), które mogą mieć wpływ na jego niezależność i obiektywizm. W przypadku opracowań zawierających ocenę produktów częściowo lub całkowicie sponsorowanych przez firmy komercyjne autorzy są zobowiązani ujawnić ten fakt w niniejszym liście.

**Należy wypełnić wszystkie pola w formularzu (wyjątkiem jest numer NIP, konieczny jedynie w przypadku nabywcy niebędącego osobą fizyczną).**

.....  
Miejsce i data

.....  
Podpis autora