

Dziennik Laboratorium Mikroskopowego

Lp.	Data i godzina wejścia do Laboratorium	Imię i nazwisko, telefon kontaktowy	Pracownik/ Student Wydziału Geologii UW		Nazwa jednostki Wydziału Geologii UW lub innej jednostki wraz z adresem	Tytuł projektu/zajęć/kursu, w ramach którego wykonywane są badania	Rodzaj wykorzystywanego mikroskopu (PRIMO STAR / SEMI 305 / AXIO SCOPE)	Liczba użytkowanych mikroskopów	Liczba godzin pracy	Data i godzina wyjścia z Laboratorium	Podpis Użytkownika	Podpis Kierownika ECEG lub Opiekuna aparatury
			TAK	NIE								

.....
(data i podpis Kierownika ECEG)