## Deklaracja Autorów/*Authors Declaration* i Przekazanie praw autorskich/*Transfer of Copyright*

**UWAGA:** PODPISANE OŚWIADCZENIE PROSIMY PRZESŁAĆ E-MAILEM, FAXEM LUB POCZTĄ NA ADRES:

e-mail:jacekl@zahir.pl, fax.: +48 71 796 41 59, ul. Kamienna 105/9, 50-547 Wrocław

Uwaga: proszę wypełnić prawą kolumnę

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł artykułu |  |
| Autorzy w kolejności podanej w artykule |  |
| Osoba odpowiedzialna w imieniu wszystkich Autorów za kontakt z Redakcją |  |
| Adres pocztowy osoby odpowiedzialnej |  |
| Telefon(y) osoby odpowiedzialnej |  |
| e-mail osoby odpowiedzialnej |  |

### Jako Osoba odpowiedzialna za wyżej wymienioną pracę oświadczam, że:

1. otrzymała(e)m zgodę na reprezentowanie pozostałych Autorów odnośnie powyższego artykułu.
2. wszyscy Autorzy są świadomi, że są współautorami powyższej pracy, wnieśli do niej wkład i wyrażają zgodę na publikację w formie tradycyjnego wydania, a także wydania internetowego *Open Acces* oraz przeniesienie praw autorskich.
3. każdy Autor wyraża zgodę na rezygnację z honorarium, teraz i w przyszłości.
4. Autorzy przyjmują do wiadomości i wyrażają zgodę, że otrzymają 1 (słownie: jeden) egzemplarz autorski czasopisma. Egzemplarz zostanie wysłany na adres osoby składającej deklarację.
5. praca nie była nigdzie publikowana i stanowi oryginalny dorobek Autorów lub przegląd tematyki opracowany osobiście przez Autorów.
6. żaden fragment pracy nie narusza praw osób trzecich, w szczególności praw Autorów prac cytowanych. Żaden fragment pracy nie jest skopiowany z innej pracy wydanej drukiem bądź z opracowań dostępnych w Internecie.
7. Autorzy ponoszą całkowitą i wyłączną odpowiedzialność za naruszenie praw autorskich osób trzecich.
8. Autorzy mają zgodę odpowiednich gremiów swojego Pracodawcy na prezentację wyników prac klinicznych i wyników prac badawczych.
9. Autorzy zachowują prawo do prezentacji na zewnątrz materiału przedstawionego w pracy, pod warunkiem podania źródła.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Imię, nazwisko |  | Data |  | Miejscowość |  | Podpis |