**Wniosek o pokrycie kosztów oryginalnej publikacji naukowej**

**z „Funduszu Publikacyjnego AWF”**

1. **Autor / współautorzy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wnioskodawca (Imię Nazwisko) |  | |
| Rola wnioskodawcy (proszę wstawić „x”) | **x** | First author |
| **x** | Last / senior author |
| **x** | Corresponding author |
| Afiliacja wnioskodawcy  (proszę podkreślić właściwą) | Institute of Sport Sciences, Academy of Physical Education, Katowice, Poland  Institute of Physioterapy and Health Sciences, Academy of Physical Education, Katowice, Poland | |

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba współautorów: | **Tutaj wstaw cyfrę określającą liczbę współautorów** |

|  |  |
| --- | --- |
| Współautor Nr 1 (Imię Nazwisko) | **Tutaj wpisz Imię i Nazwisko** |
| Afiliacja współautora Nr 1 |  |
| Współautor Nr 2 (Imię Nazwisko) | **Tutaj wpisz Imię i Nazwisko** |
| Afiliacja współautora Nr 2 |  |
| Współautor Nr 3 (Imię Nazwisko) | **Tutaj wpisz Imię i Nazwisko** |
| Afiliacja współautora Nr 3 |  |
| Współautor Nr 4 (Imię Nazwisko) | **Tutaj wpisz Imię i Nazwisko** |
| Afiliacja współautora Nr 4 |  |
| Współautor Nr 5 (Imię Nazwisko) | **Tutaj wpisz Imię i Nazwisko** |
| Afiliacja współautora Nr 5 |  |
| Współautor Nr 6 (Imię Nazwisko) | **Tutaj wpisz Imię i Nazwisko** |
| Afiliacja współautora Nr 6 |  |
| Współautor Nr 7 (Imię Nazwisko) | **Tutaj wpisz Imię i Nazwisko** |
| Afiliacja współautora Nr 7 |  |

\* w przypadku większej liczby współautorów można dodać adekwatną liczbę wierszy.

|  |  |
| --- | --- |
| **Manuskrypt**Tytuł manuskryptu | Tutaj podaj tytuł manuskryptu |
| Czasopismo | Tutaj podaj nazwę czasopisma |
| Uzasadnienie merytoryczne powiązania tematyki artykułu z dyscypliną nauk o kulturze fizycznej (w przypadku braku przypisania czasopisma do nauk o kulturze fizycznej) |  |
| Planowany termin złożenia | Tutaj podaj termin złożenia manuskryptu |
| Planowana wysokość opłaty |  |
| Wartość ewentualnego obniżenia kosztów publikacji |  |
| Powód obniżenia kosztów |  |

1. **„Życie manuskryptu”**

|  |  |
| --- | --- |
| Czasopismo, do którego została wysłana manuskryptu |  |
| Data wysłania |  |
| Etap lub powód nieprzyjęcia do druku |  |

**3**. **Forma płatności**

□ karta kredytowa

□ przelew bankowy

\*W przypadku wystąpienia dodatkowej opłaty za przelew bankowy, rekomendujemy wybór płatności kartą kredytową