UKD Universitätsklinikum Düsseldorf

hhu Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Ad-Light
Advanced Light Microscopy Core Facility

Kostenübernahmeerklärung

Nutzer*in: ……

Klinik/Institut: ……

Arbeitsgruppe: ……

Kostenstelle: ……..

Innenauftragsnummer: ……..

Projektname/ Beschreibung: ……..

……

……

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannte Person, die nachfolgend in der Liste markierten Geräte der *Ad-Light* Core Facility der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität nutzt. Mein/e Institut/Klinik übernimmt die dabei anfallenden Kosten. Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten für die Buchung und die Abrechnung der Kosten von der *Ad-Light* entsprechend den auf der Homepage der *Ad-Light* Core Facility einsehbaren Datenschutzbestimmungen gespeichert und verarbeitet werden.

1: ZEISS LSM 880, Confocal Laserscanning Microscopy, Airyscan ☐

2: ZEISS ELYRA PS.1, Structured Illumination Superresolution Microscopy ☐

3: ZEISS Cell Observer Z1, Live Cell Fluorescence Microscopy ☐

4: ZEISS Observer D1, Total Internal Reflection Microscopy ☐

5: LEICA DM6FS, Intravital Microscopy ☐
(Assoziiertes Mikroskop, Standort: Labore der Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Angiologie, Prof. Kelm)

…… ……..

Datum, Unterschrift Arbeitsgruppenleiter*in Stempel oder Name in Druckbuchstaben