**FORMULARZ OFERTOWY**

**do otwartego naboru Konsorcjanta do wspólnego opracowania i realizacji Projektu,   
w ramach konkursu na badania head-to-head w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych   
lub eksperymentów badawczych – edycja II ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych   
(konkurs nr ABM/2023/1)**

1. **Informacje o podmiocie**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **PODSTAWOWE DANE** | |
| Nazwa organizacji/instytucji |  |
| Forma prawna |  |
| Forma własności |  |
| NIP |  |
| Numer KRS lub innego właściwego rejestru (jeśli dotyczy) |  |
| Regon |  |
| 1. **Adres siedziby** | |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer budynku |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |
| Adres strony www |  |
| 1. **Osoba/y uprawniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu partnera[[1]](#footnote-1)** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |
| 1. **Dane Badacza/Osoby merytorycznie odpowiedzialnej za projekt[[2]](#footnote-2)** | |
| Tytuł naukowy |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres poczty elektronicznej |  |
| Doświadczenie Badacza/Osoby merytorycznie odpowiedzialnej za projekt |  |
| 1. **Osoba do kontaktów roboczych w sprawie zgłoszenia** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Stanowisko/Jednostka organizacyjna |  |
| Numer telefonu: |  |
| Adres poczty elektronicznej: |  |

1. **Część merytoryczna**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria** | Opis | |
| Proszę wskazać obszar terapeutyczny wniosku, którego dotyczy zgłoszenie |  | |
| Zgodność działalności Partnera z celami Konsorcjum | □ TAK □ NIE | |
| Doświadczenie kandydata na Konsorcjanta w realizacji badań klinicznych w zbliżonym obszarze terapeutycznym i/lub na zbliżonej populacji pacjentów? | □ TAK Jakie?  □ NIE | |
| Czy instytucja dokonująca zgłoszenia należy do sieci POLCRIN? | □ TAK □ NIE | |
| Czy instytucja jest członkiem europejskiej sieci referencyjnej? | □ TAK □ NIE | |
| Czy instytucja współpracuje z organizacjami pacjenckimi? Jeżeli tak, to w jakich zakresach terapeutycznych? | □ TAK Jakie?  □ NIE | |
|  |  | |
| Deklarowany wkład kandydata na Konsorcjanta  w realizację celu Konsorcjum | Potencjał naukowy - posiadanie zasobów ludzkich  z odpowiednimi kwalifikacjami |  |
| Potencjał techniczny - posiadanie infrastruktury |  |
| Potencjał administracyjny |  |
| Potencjał finansowy  i ekonomiczny zapewniający prawidłową realizację zadań określonych w projekcie |  |
| Proponowany zakres współpracy w zakresie przygotowania projektu i realizacji projektu  Zarys proponowanego wkładu merytorycznego do projektu |  | |
| Czy instytucja posiada zobowiązania ekonomiczno-finansowe wobec podmiotów-publiczno-prawnych i innych, które mogłyby uniemożliwić rozpoczęcie działań przewidzianych w projekcie? |  | |

Załączniki:

1. Pełnomocnictwo - umocowanie do reprezentacji podmiotu w przypadku, gdy upoważnienie do podpisania „Formularza Ofertowego” nie wynika bezpośrednio z odpisu z właściwego rejestru, albo z centralnej ewidencji informacji o działalności gospodarczej ogólnie dostępnego na stronach internetowych ogólnodostępnych baz danych.
2. Załącznik Klauzula RODO.

Oświadczam/y, że:

* zapoznałem(-am)/liśmy się z Regulaminem konkursu na badania head-to-head w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych lub eksperymentów badawczych- Edycja II ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2023/1) i wszystkimi załącznikami do ww. Regulaminu;
* Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty jest powiązany z Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu, w rozumieniu załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1);
* wyrażam/y wolę aktywnego udziału w tworzeniu koncepcji projektu, jego realizacji na każdym etapie oraz wspólnego przygotowania wszelkiej niezbędnej dokumentacji wymaganej do złożenia wniosku o dofinansowanie do Agencji Badań Medycznych;
* Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty nie zalega z płatnościami na rzecz podmiotów publiczno-prawnych;
* W przypadku wyboru podmiotu wskazanego w pkt. 1 niniejszej oferty na partnera wyrażam zgodę na upublicznienie informacji o wyborze w/w podmiotu na Partnera projektu;
* zapoznałem(-am)/liśmy się ze wzorem umowy konsorcjum stanowiącym załącznik do Regulaminu konkursu na badania head-to-head w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych lub eksperymentów badawczych- Edycja II ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2023/1) i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz w przypadku wyboru mojej/naszej oferty zobowiązuję/my się do podpisania umowy konsorcjum;
* nie podlegam/y wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie na podstawie art. 207 ust. 4 ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j.: Dz. U. z 2022 r., poz. 1634 z późn. zm.);
* nie finansuję/emy i nie ubiegam/my się o finansowanie zadań objętych Wnioskiem ze środków publicznych pochodzących z innych źródeł (np. Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, Narodowego Centrum Nauki, Narodowego Funduszu Zdrowia);
* wyrażam/y zgodę na przetwarzanie moich/naszych danych osobowych do celów przeprowadzenia niniejszej procedury naboru Konsorcjantów zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U . 2019 r., poz. 1781);
* zapoznałem/am się i przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w Informacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z prowadzeniem przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu otwartego naboru konsorcjanta do Projektu stanowiącej Załącznik do ogłoszenia o otwartym naborze Konsorcjanta do Projektu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| miejsce i data |  | pieczęć i podpisy osób reprezentujących podmiot |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

1. Zgodnie z wpisem do rejestru albo ewidencji właściwych dla formy organizacyjnej partnera lub upoważnieniem/pełnomocnictwem. Jeżeli, zgodnie z dokumentami prawnymi określającymi funkcjonowanie wnioskodawcy (np. statut, wpis do KRS, umowa spółki), do reprezentowania podmiotu konieczny jest podpis więcej niż jednej osoby, to wszystkie uprawnione osoby powinny być wskazane w punkcie 3. Jeżeli osoba opatrująca ofertę podpisem działa na podstawie pełnomocnictwa lub upoważnienia, to upoważnienie do reprezentowania podmiotu należy dołączyć do niniejszej oferty. [↑](#footnote-ref-1)
2. Instytucja dokonująca zgłoszenia zobowiązana jest do uzyskania zgody Badacza/Osoby odpowiedzialnej merytorycznie za projekt na przekazanie Uniwersytetowi Medycznemu w Poznianiu jej danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszenia, o którym mowa w pkt. 4. [↑](#footnote-ref-2)