**Załącznik 1: Zgłoszenie konsorcjanta**

|  |  |
| --- | --- |
| Typ wnioskodawcy |  |
| Pełna nazwa: |  |
| Pełna nazwa – Inne: |  |
| Nazwa podstawowej jednostki organizacyjnej (jeśli dotyczy) |  |
| Forma prawna: |  |
| Forma własności: |  |
| PKD głównej działalności |  |
| NIP: |  |
| Regon: |  |
| Forma prawna: |  |
| Adres strony internetowej: |  |
| Adres e-mail do korespondencji: |  |
| Adres: |  |
| Kraj: |  |
| Ulica: |  |
| Nr budynku: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Miejscowość: |  |
| Gmina: |  |
| Powiat: |  |
| Województwo: |  |
| Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres siedziby): |  |
| Kraj: |  |
| Ulica: |  |
| Nr budynku: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Miejscowość: |  |
| Gmina: |  |
| Powiat: |  |
| Województwo: |  |
| Osoba uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji: |  |
| Imię i nazwisko: |  |
| Stanowisko: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Osoba uprawniona do kontaktów roboczych |  |
| Czy jest to osoba wskazana do podejmowania wiążącej decyzji? |  |
| Imię i nazwisko: |  |
| Stanowisko: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| Adres e-mail: |  |

1. **Potencjał naukowy podmiotu w zakresie prowadzonych badań klinicznych komercyjnych i niekomercyjnych lub potencjał podmiotu w zakresie ochrony praw pacjenta. (max. 1000 znaków)**
2. **Potencjał techniczny (należy co najmniej przedstawić ogólny zarys wiedzy fachowej wymaganej w celu realizacji projektu oraz podać liczbę pracowników dysponujących taką wiedzą, którzy są zatrudnieni w organizacji i przydzieleni do danego projektu). (max. 500 znaków)**
3. **Potencjał administracyjny (należy co najmniej potwierdzić zdolność wnioskodawcy do realizacji projektów finansowanych ze środków publicznych lub innych poprzez wskazanie jakie projekty z wykorzystaniem środków publicznych były realizowane przez wnioskodawcę). (max. 500 znaków)**

Niniejszym zgłaszam reprezentowany przeze mnie podmiot do udziału w projekcie pt.” Ocena skuteczności i bezpieczeństwa dwóch schematów podawania ludzkiej immunoglobuliny w prewencji/ leczenia alloimmunologicznej małopłytkowości płodu/noworodka spowodowanej przez przeciwciała anty-HPA1a  - badanie kliniczne 2 fazy **SEIPT FNAIT ,** w roli konsorcjanta.

 ……………………………………. ……………………………………….
(miejscowość, data) (podpis osoby/osób uprawnionych do składania oświadczeń
woli w imieniu podmiotu)