**OFERTA ZGŁOSZENIA PARTNERA**

do wspólnego przygotowania i realizacji projektu w ramach konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych na realizację badań epidemiologicznych dotyczących wielochorobowości - konkurs numer: ABM/2023/3

Ogłoszenie o konkursie dostępne jest pod adresem internetowym:

<https://www.abm.gov.pl/pl/konkursy/aktualne-nabory-1/1976,Konkurs-otwarty-na-realizacje-badan-epidemiologicznych-dotyczacych-wielochorobow.html>

**I. INFORMACJA O PODMIOCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa organizacji/instytucji** |  |
| **2. Forma prawna** |  |
| **3. Forma własności** |  |
| **4. NIP** |  |
| **5. REGON** |  |
| **6. Adres siedziby** | |
| **6.1. Województwo** |  |
| **6.2. Powiat** |  |
| **6.3. Gmina** |  |
| **6.4. Ulica** |  |
| **6.5. Numer budynku** |  |
| **6.6. Numer lokalu** |  |
| **6.7. Kod pocztowy** |  |
| **6.8. Miejscowość** |  |
| **6.9. Telefon** |  |
| **6.10. Fax** |  |
| **6.11. Adres e-mail** |  |
| **6.12. Adres strony www** |  |
| **7. Osoba/y uprawniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu partnera[[1]](#footnote-1)** | |
| **7.1. Imię** |  |
| **7.2. Nazwisko** |  |
| **7.3. Numer telefonu** |  |
| **7.4. Adres poczty elektronicznej** |  |
| **8. Dane Badacza/Osoby merytorycznie odpowiedzialnej za projekt[[2]](#footnote-2)** | |
| **8.1. Tytuł naukowy** |  |
| **8.2. Imię i nazwisko** |  |
| **8.3. Numer telefonu** |  |
| **8.4. Adres poczty elektronicznej** |  |
| **8.5. Doświadczenie Badacza/Osoby merytorycznie odpowiedzialnej za projekt** |  |
| **9. Osoba do kontaktów roboczych w sprawie zgłoszenia** | |
| **9.1. Imię** |  |
| **9.2. Nazwisko** |  |
| **9.3. Stanowisko/Jednostka organizacyjna** |  |
| **9.4. Numer telefonu** |  |
| **9.5. Adres poczty elektronicznej** |  |

**II. CZĘŚĆ MERYTORYCZNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Opis** | | |
| 1. **Proszę wskazać obszar terapeutyczny wniosku, którego dotyczy zgłoszenie** |  | | |
| 1. **Czy instytucja dokonująca zgłoszenia posiada doświadczenie w realizacji badania klinicznego w zbliżonym obszarze terapeutycznym i/lub na zbliżonej populacji pacjentów?** | Nie | | |
| Tak Jakie? | | |
| 1. **Czy instytucja dokonująca zgłoszenia należy do sieci POLCRIN?** | Nie | | Tak |
| 1. **Czy instytucja jest członkiem europejskiej sieci referencyjnej?** |  | |  |
| 1. **Czy instytucja współpracuje z organizacją pacjencką związaną z badaną chorobą kardiologiczną, neurologiczną, nefrologiczną, ginekologiczną, urologiczną ?** | Nie | | Tak |
| 1. **Zgodność działalności Partnera z celami partnerstwa (określonymi w pkt. I ogłoszenia) Max. 1500 znaków** |  | | |
| 1. **Proponowany wkład partnera w realizację celu partnerstwa - w opisie proszę uwzględnić analizę w kontekście zasobów umożliwiających realizację projektu**   **Należy wskazać i opisać max. 1500 znaków** | Potencjał naukowy |  | |
| Potencjał techniczny |  | |
| Potencjał administracyjny |  | |
| Potencjał finansowy i ekonomiczny zapewniający prawidłową realizacje zadań określonych w projekcie |  | |
| 1. **Proponowany zakres współpracy w zakresie przygotowania projektu i realizacji projektu**   **Opisać zarys proponowanego wkładu merytorycznego do projektu**  **max 1500 znaków** | Nie  Tak  Jakie? | | |
| 1. **Czy instytucja posiada zobowiązania ekonomiczno-finansowe wobec podmiotów-publiczno-prawnych i innych, które mogłyby uniemożliwić rozpoczęcie działań przewidzianych w projekcie?** |  | | |

**III. OŚWIADCZENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 (Dz. U. z 2021 r. poz. 305) | Nie Tak |
| Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty jest powiązany z Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi 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). | Nie Tak |
| Pomiędzy podmiotem wskazanym w pkt. 1 niniejszej oferty a Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi występuje którakolwiek z następujących relacji:  a) jeden z podmiotów posiada samodzielnie lub łącznie z jednym lub więcej podmiotami, z którymi jest powiązany w rozumieniu niniejszego akapitu powyżej 50% kapitału drugiego podmiotu (dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą), przy czym wszyscy partnerzy projektu traktowani są łącznie jako strona partnerstwa, która łącznie nie może posiadać powyżej 50% kapitału drugiej strony partnerstwa, czyli lidera projektu;  b) jeden z podmiotów ma większość praw głosu w drugim podmiocie;  c) jeden z podmiotów, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem drugiego podmiotu, kontroluje samodzielnie, na mocy umowy z innymi akcjonariuszami lub wspólnikami drugiego podmiotu, większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników w drugim podmiocie;  d) jeden z podmiotów ma prawo powoływać lub odwoływać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego drugiego podmiotu;  e) jeden z podmiotów ma prawo wywierać dominujący wpływ na drugi podmiot na mocy umowy zawartej z tym podmiotem lub postanowień w akcie założycielskim lub umowie spółki lub statucie drugiego podmiotu (dotyczy to również prawa wywierania wpływu poprzez powiązania osobowe istniejące między podmiotami mającymi wejść w skład partnerstwa). | Nie Tak |
| Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty zalega z płatnościami na rzecz podmiotów publiczno-prawnych. | Nie Tak |
| Deklaruję gotowość współpracy podmiotu wskazanego w pkt. 1 niniejszej oferty z Instytutem „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi w trakcie przygotowania projektu oraz jego realizacji na każdym etapie. | Nie Tak |
| 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. | Nie Tak |
| W przypadku wyboru podmiotu wskazanego w pkt. 1 niniejszej oferty na partnera zobowiązuję się do podpisania umowy Konsorcjum w załączonym brzmieniu formalno-prawnym (wzór obligatoryjny ABM) | Nie Tak |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych \*

Wyrażam zgodę/Zapoznałem/-łam się

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych \*

Wyrażam zgodę/Zapoznałem/-łam się

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| miejsce i data |  | pieczęć i podpis Badacza |

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 7. 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 Instytutowi „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi jej danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszenia, o którym mowa w pkt. 8. [↑](#footnote-ref-2)