

OFERTA ZGŁOSZENIA PARTNERA

do wspólnego przygotowania i realizacji projektu w ramach konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych na niekomercyjne badania kliniczne lub eksperymenty badawcze we wskazanym przez oferenta obszarze terapeutycznym - konkurs numer: ABM/2023/1

Ogłoszenie o konkursie dostępne jest pod adresem internetowym:

<https://www.abm.gov.pl/pl/konkursy/aktualne-nabory-1/1959,Konkurs-na-niekomercyjne-badania-kliniczne-lub-eksperymenty-badawcze-badania-typ.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 partnera¹	
7.1. Imię	
7.2. Nazwisko	
7.3. Numer telefonu	
7.4. Adres poczty elektronicznej	
8. Dane Badacza/Osoby merytorycznie odpowiedzialnej za projekt²	
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	

¹Zgodnie 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.

² Instytucja dokonująca zgłoszenia zobowiązana jest do uzyskania zgody Badacza/Osoby odpowiedzialnej merytorycznie za projekt na przekazanie Śląskiemu Uniwersytetowi Medycznemu w Katowicach jej danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszenia, o którym mowa w pkt. 8.



II. CZĘŚĆ MERYTORYCZNA

Wyszczególnienie	Opis	
1. Proszę wskazać obszar terapeutyczny wniosku, którego dotyczy zgłoszenie		
2. Czy instytucja dokonująca zgłoszenia posiada doświadczenie w realizacji badania klinicznego w zbliżonym obszarze terapeutycznym i/lub na zbliżonej populacji pacjentów?	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Jakie?	
3. Czy instytucja dokonująca zgłoszenia należy do sieci POLCRIN?	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>
4. Czy instytucja jest członkiem europejskiej sieci referencyjnej?		
5. Czy instytucja posiada odpowiednie zaplecze techniczne i naukowe do zastosowania metod diagnostyki genetycznej: aCGH lub NGS?	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>
6. Czy instytucja współpracuje z organizacją pacjenta związaną z badaną chorobą kardiologiczną, neurologiczną, nefrologiczną, ginekologiczną, urologiczną ?	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>
7. Zgodność działalności Partnera z celami partnerstwa (określonymi w pkt. I ogłoszenia) Max. 1500 znaków		
8. 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 realizację zadań określonych w projekcie	
9. Proponowany zakres współpracy w zakresie przygotowania projektu i realizacji projektu Opisać zarys proponowanego wkładu merytorycznego do projektu max 1500 znaków	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Jakie?	
10. 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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>
Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty jest powiązany ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach, 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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>
Pomiędzy podmiotem wskazanym w pkt. 1 niniejszej oferty a Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach 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 współnikiem drugiego podmiotu, kontroluje samodzielnie, na mocy umowy z innymi akcjonariuszami lub współnikami drugiego podmiotu, większość praw głosu akcjonariuszy lub współników 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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>
Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty zalega z płatnościami na rzecz podmiotów publiczno-prawnych.	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>
Deklaruję gotowość współpracy podmiotu wskazanego w pkt. 1 niniejszej oferty z Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach w trakcie przygotowania projektu oraz jego realizacji na każdym etapie.	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>

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 podpisy Głównego Badacza