***OFERTA ZGŁOSZENIA PARTNERA***

do wspólnego przygotowania i realizacji projektu w ramach konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych na opracowanie i realizację autorskiego programu studiów podyplomowych z zakresu nauk biomedycznych – konkurs numer: ABM/2023/6

Ogłoszenie o konkursie dostępne jest pod adresem internetowym:

<https://www.abm.gov.pl/pl/konkursy/aktualne-nabory-1/2114,Opracowanie-i-realizacja-autorskiego-programu-studiow-podyplomowych-z-zakresu-na.html>

**I. INFORMACJA O PODMIOCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa organizacji/instytucji** |  |
| **2. Forma prawna** |  |
| **3. Forma własności** |  |
| **4. NIP** |  |
| **5. REGON** |  |
| 1. **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** |  |
| 1. **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 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 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 opis koncepcji udziału w projekcie, w szczególności propozycję realizacji zajęć dydaktycznych wpisujących się w innowacyjny kierunek studiów z zakresu nauk biomedycznych z zakresu „w*ykorzystania sztucznej inteligencji i robotyki w medycynie”.*** | Proszę wykazać wg zasady, przedmiot, zakres tematyczny, forma prowadzenia zajęć, liczba godzin – proszę o uzupełnienie załącznika nr 4 do Regulaminu Konkursu | |
| 1. **Czy instytucja dokonująca zgłoszenia** **posiada infrastrukturę niezbędną do prowadzenia studiów podyplomowych, o których mowa w pkt. 1** | Nie | |
| Tak  Jaką, proszę opisać | |
| 1. **Czy instytucja dokonująca zgłoszenia posiada kadrę (zespół pracowników) niezbędną do prowadzenia studiów podyplomowych, o których mowa w pkt. 1** | Nie | |
| Tak  Jaką, proszę o wskazanie kluczowych osób tworzących zespół potencjału kadrowego – proszę o przedstawienie kwalifikacji poprzez podanie liczby nauczycieli akademickich realizujących zajęcia, w tym 3 wybranych nauczycieli posiadających tytuł dr, dr hab, prof., indeks Hircha, dorobek naukowy i dydaktyczny kadry ze szczególnym uwzględnieniem obszaru tematyki studiów | |
| 1. **Czy instytucja dokonująca zgłoszenia posiada doświadczenie w realizacji studiów podyplomowych** | Nie | |
| Tak Jakie?  Proszę o wskazanie realizowanych w latach 2018-2023 studiów podyplomowych | |
| 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**

|  |
| --- |
| W imieniu podmiotu wskazanego w pkt. 1 niniejszej oferty oświadczam, że |
| * zadania objęte Wnioskiem nie są finansowane i nie ubiegam się o ich finansowanie ze środków publicznych pochodzących z innych źródeł; * nie zalegam z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami, * nie podlegam wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 305). * zapoznałem się z Regulaminem i akceptują w całości jego warunki, w tym akceptują w całości treść Umowy o dofinansowanie, która stanowi Załącznik nr 10b do Regulaminu * zapoznałem się z klauzulą informacyjną, („Klauzula informacyjna dla Wnioskodawcy”) oraz zobowiązują się w imieniu Administratora danych osobowych (Agencja Badań Medycznych) do spełnienia obowiązku informacyjnego wobec osób, których dane są zawarte we Wniosku o dofinansowanie („Klauzula informacyjna dla osób fizycznych wskazanych przez Wnioskodawcę we Wniosku”). * nie są prowadzone wobec mnie postępowania sądowe, administracyjne, egzekucyjne, postępowania skarbowe lub karnoskarbowe, których wynik może mieć wpływ na realizację zadań określonych Wnioskiem o dofinansowanie. * nie prowadzą działalności gospodarczej w zakresie objętym finansowaniem udzielanym przez Agencję. |

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

Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania Wnioskodawcy w zakresie objętym Wnioskiem o dofinansowanie i złożenia niniejszego Wniosku.

Wyrażam zgodę/Zapoznałem/-łam się

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

1. Zgodnie z aktem powołania Retora. 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 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. [↑](#footnote-ref-2)