



### OFERTA ZGŁOSZENIA PARTNERA

do wspólnego przygotowania i realizacji projektu w ramach konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych na niekomercyjne badania kliniczne w różnych obszarach medycyny z premiowaniem chorób onkologicznych, chorób wieku dziecięcego (z włączeniem okresu niemowlęcego, noworodkowego oraz prenatalnego), chorób wieku podeszłego, chorób zakaźnych i ich powikłań, np. w postaci zespołu postcovidowego, oraz chorób o podłożu immunologicznym konkurs numer: ABM/2022/1 Ogłoszenie o konkursie dostępne jest pod adresem internetowym: <https://www.abm.gov.pl/pl/konkursy/aktualne-nabor-y-1/1191,Konkurs-otwarty-na-niekomercyjne-badania-kliniczne-ABM20221.html>

#### I. INFORMACJA O PODMIOCIE

1. Nazwa organizacji/instytucji	
2. Forma prawna	
3. Forma własności	
4. NIP	
5. REGON	
<b>6. Adres siedziby</b>	
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	
<b>7. Osoba/y uprawniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu partnera<sup>1</sup></b>	
7.1. Imię	
7.2. Nazwisko	
7.3. Numer telefonu	
7.4. Adres poczty elektronicznej	
<b>8. Dane Badacza/Osoby merytorycznie odpowiedzialnej za projekt<sup>2</sup></b>	
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	
<b>9. Osoba do kontaktów roboczych w sprawie zgłoszenia</b>	
9.1. Imię	
9.2. Nazwisko	
9.3. Stanowisko/Jednostka organizacyjna	
9.4. Numer telefonu	

<sup>1</sup>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.

<sup>2</sup> 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.

9.5. Adres poczty elektronicznej

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"/> Jakiej?	
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?	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>
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 pacjencką związaną z badaną chorobą rzadką?	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"/> Jakiej?	
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	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>

<p>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;</p> <p>b) jeden z podmiotów ma większość praw głosu w drugim podmiocie;</p> <p>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;</p> <p>d) jeden z podmiotów ma prawo powoływać lub odwoływać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego drugiego podmiotu;</p> <p>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).</p>	
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 zobowiązuje się do podpisania umowy Konsorcjum w dacie wskazanej w naborze.	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