*………………………………………, dn. ……………………..*

***Formularz ofertowy***

w odpowiedzi na ogłoszenie nr 1/2023 o otwartym naborze partnera konsorcjum do wspólnego przygotowania i realizacji projektu

**„Badanie skuteczności procedury chirurgicznej - przeszczepu allogenicznego osierdzia ludzkiego   
w leczeniu pacjentów oparzonych i z ranami przewlekłymi”**

(Konkurs na niekomercyjne badania kliniczne lub eksperymenty badawcze   
– badania typu head to head ABM/2023/1)

1. Informacje 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** |  |

1. Informacje merytoryczne

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Opis** | |
| 1. **Charakterystyka instytucji** |  | |
| 1. **Czy instytucja dokonująca zgłoszenia posiada doświadczenie w realizacji badania klinicznego/**   **eksperymentu badawczego/**  **eksperymentu medycznego** | Nie | |
| Tak Jakie? | |
| 1. **Zgodność działania a z celami partnerstwa** |  | |
| 1. **Proponowany zakres współpracy w zakresie przygotowania i realizacji projektu** |  | |
| 1. **Potencjał instytucji dokonującej zgłoszenia** | Potencjał naukowy |  |
| Potencjał techniczny |  |
| Potencjał administracyjny |  |
| Potencjał finansowy |  |

**III. OŚWIADCZENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania | Nie Tak |
| Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty zalega z płatnościami na rzecz podmiotów publiczno-prawnych. | Nie Tak |
| Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty zalega z płatnościami na rzecz podmiotów publiczno-prawnych. | Nie Tak |
| Deklaruję gotowość współpracy w trakcie przygotowania projektu oraz jego realizacji na każdym etapie. | Nie Tak |
| Wyrażam zgodę na upublicznienie informacji o wyborze na Partnera projektu. | Nie Tak |
| 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 podpisy Badacza/Osoby merytorycznie odpowiedzialnej za projekt |

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 Centrum leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich jej danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszenia, o którym mowa w pkt. 8. [↑](#footnote-ref-2)