*znak sprawy:* *AWN\_02\_ABM\_1\_2024*

**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia** **o otwartym naborze Konsorcjanta**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**do otwartego naboru Konsorcjanta do wspólnego opracowania i realizacji Projektu, w ramach konkursu na NIEKOMERCYJNE BADANIA KLINICZNE I EKSPERYMENTY BADAWCZE NUMER KONKURSU:** **ABM/2024/1**

**ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych**

**PODSTAWOWE DANE**

Nazwa podmiotu: …………………………………………………………………….……………………………………..………………………………………………………………………………………………

Forma organizacyjna

……………………………………………………………………………………………………

NIP:

……………………………………………………………………………………………………

Numer KRS lub innego właściwego rejestru (jeśli dotyczy):

……………………………………………………………………………………………………

Regon:

……………………………………………………………………………………………………

**Adres siedziby:**

Województwo:

……………………………………………………………………………………………………

Miejscowość:

……………………………………………………………………………………………………

Ulica:

……………………………………………………………………………………………………Numer domu:
……………………………………………………………………………………………………Numer lokalu:

…………………………………………………………………………………………………….Kod pocztowy:

……………………………………………………………………………………………………Adres poczty elektronicznej:

……………………………………………………………………………………………………

Adres strony internetowej: ……………………………………………………………………………………………………

**Osoba do kontaktów roboczych:**

Imię:

...………………………………………………………………………………………………… Nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu:

……………………………………………………………………………………………………Adres poczty elektronicznej: ……………………………………………………………………………………………………

**I. ZGODNOŚĆ DZIAŁANIA Z CELEM KONSORCJUM** (punktacja 0-20 pkt.)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**II. DEKLAROWANY WKŁAD W REALIZACJĘ CELU KONSORCJUM** (punktacja 0-50 pkt.)

**A) ZASOBY LUDZKIE Z ODPOWIEDNIMI KWALIFIKACJAMI NIEZBĘDNE DO WYKONANIA PROJEKTU** (punktacja 0-15 pkt.)

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**B) INFRASTRUKTURA NIEZBĘDNA DO WYKONANIA PROJEKTU, W TYM OPROGRAMOWANIE UMOŻLIWIAJĄCE ANALIZĘ STATYSTYCZNĄ DANYCH:** (punktacja 0-15 pkt)

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**C) DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI DIAGNOZY PSYCHOLOGICZNEJ I**  **NEUROPSYCHOLOGICZNEJ PACJENTÓW LECZONYCH NEUROCHIRURGICZNIE ORAZ PROWADZENIU BADAŃ NAUKOWYCH DOTYCZĄCYCH FUNKCJONOWANIA PSYCHOLOGICZNEGO PACJENTÓW LECZONYCH NEUROCHIRURGICZNIE** (punktacja 0-20 pkt)

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**III. DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI BADAŃ NAUKOWYCH DOTYCZĄCYCH SKUTECZNOŚCI PSYCHOTERAPII** (0-10 pkt)

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**IV. DOŚWIADCZENIE W OPRACOWANIU NARZĘDZI BADAWCZYCH UWZGLĘDNIAJĄCYCH DIAGNOZĘ PSYCHOLOGICZNĄ, OCENĘ STANU PSYCHICZNEGO PRZED TERAPIĄ, PO PSYCHOTERAPII I DIAGNOZĘ FOLLOW-UP** (0-10 pkt)

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**V. DOŚWIADCZENIE W OPRACOWANIU PROCEDUR ORAZ NARZĘDZI POZWALAJĄCYCH NA MONITOROWANIE BADAŃ NAD PSYCHOTERAPIĄ TYPU RCT** (0-10 pkt)

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Załączniki:

* + - 1. Pełnomocnictwo - umocowanie do reprezentacji podmiotu w przypadku, gdy upoważnienie do podpisania „Formularza Ofertowego” nie wynika bezpośrednio z odpisu z właściwego rejestru, albo z centralnej ewidencji informacji o działalności gospodarczej, ogólnie dostępnego na stronach internetowych ogólnodostępnych baz danych.
			2. Załącznik nr 3 Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych.
			3. Załącznik nr 4 Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych.

Oświadczam/y, że:

* zapoznałem(-am)/liśmy się z Regulaminem otwartego naboru Konsorcjanta w ramach konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych - konkurs nr ABM/2024/1 wraz z wszystkimi załącznikami, akceptuję/emy ich zapisy i nie wnoszę/imy uwag do ich treści,
* zapoznałem(-am)/liśmy się z Regulaminem i wszystkimi załącznikami konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych - konkurs nr ABM/2024/1
* wyrażam/y wolę aktywnego udziału w tworzeniu koncepcji projektu oraz wspólnego przygotowania wszelkiej niezbędnej dokumentacji wymaganej do złożenia wniosku o dofinansowanie do Agencji Badań Medycznych,
* zapoznałem(-am)/liśmy się ze wzorem umowy konsorcjum stanowiącym załącznik nr 3 do Regulaminu konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych - konkurs nr ABM/2024/1 i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz w przypadku wyboru mojej/naszej oferty zobowiązuję/my się do podpisania umowy konsorcjum kwalifikowanym podpisem elektronicznym w nieprzekraczalnym terminie do 13.05.2024 r.
* nie podlegam/y wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie na podstawie art. 207 ust. 4 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017, poz. 2077, z późn. zm.),
* nie zalegam/y 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 są prowadzone wobec nas postępowania sądowe, administracyjne, egzekucyjne, postępowania skarbowe lub karnoskarbowe, których wynik może mieć wpływ na realizację zadań określonych we wniosku o dofinansowanie,
* nie prowadzę/my działalności gospodarczej w zakresie objętym finansowaniem udzielanym przez Agencję Badan Medycznych,
* wyrażam/y zgodę na przetwarzanie moich/naszych danych osobowych do celów przeprowadzenia niniejszej procedury naboru Konsorcjantów zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U . 2018 r., poz. 1000, z późn. zm.),
* zapoznałem/am/liśmy się i przyjmuję/emy do wiadomości informacje zawarte w Informacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z prowadzeniem przez Warszawski Uniwersytet Medyczny otwartego naboru Konsorcjanta stanowiącego Załącznik nr 3 do Ogłoszenia o otwartym naborze Konsorcjanta.
* wniosek o dofinansowanie nie będzie naruszać praw osób trzecich i brak będzie przeszkód prawnych do złożenia wniosku oraz realizacji Projektu zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie w szczególności oświadczam, że nie zostały oraz nie zostaną zawarte jakiekolwiek inne porozumienia lub umowy, które uniemożliwiałby lub ograniczałby udział reprezentowanego przeze mnie podmiotu w Projekcie objętym wnioskiem o dofinansowanie.
* oświadczam, że Projekt jest zgodny z właściwymi przepisami prawa unijnego i krajowego, w tym dotyczącymi zamówień publicznych oraz pomocy publicznej.

………………………………… …….……………………………

Pieczęć organizacji Data i podpis osoby/ób uprawnionej/ych