*znak sprawy:* *AWN\_04\_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 0-1 pkt)

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

**II. DEKLAROWANY WKŁAD W REALIZACJĘ CELU KONSORCJUM** (punktacja 0-8 pkt):

**A) ZASOBY LUDZKIE Z ODPOWIEDNIMI KWALIFIKACJAMI NIEZBĘDNE DO WYKONANIA PROJEKTU** (punktacja 0-2 pkt)

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

**B) STATUS ORGANIZACJI PACJENTÓW DZIAŁAJĄCEJ NA RZECZ PACJENTÓW Z DYSTROFIĄ TYPU DUCHENNE’A** (punktacja 0-4 pkt)

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

**C) DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI BADAŃ KLINICZNYCH I/LUB EKSPERYMENTÓW BADAWCZYCH ROZUMIANE JAKO UDZIAŁ WE WSPARCIU REKRUTACJI** (punktacja 0-2 pkt)

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

**III. DOŚWIADCZENIE W ZAKRESIE EDUKACJI NT. BADAŃ KLINICZNYCH I/LUB EKSPERTYMENTÓW BADAWCZYCH (KONFERENCJE, MATERIAŁY NA STRONACH WWW, MATERIAŁY W MEDIACH SPOŁECZNOŚCIOWYCH)** (0-3 pkt)

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

**IV. LICZBA AKTYWNYCH CZŁONKÓW ORGANIZACJI** (0-1 pkt)

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

**V. UDZIAŁ PACJENTÓW ZAMIESZKUJĄCYCH WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE W AKTYWNOŚCIACH REALIZOWANYCH PRZEZ ORGANIZACJĘ** (0-1 pkt)

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

**VI. UDZIAŁ PACJENTÓW ZAMIESZKUJĄCYCH WOJEWÓDZTWO INNE NIŻ MAZOWIECKIE W AKTYWNOŚCIACH REALIZOWANYCH PRZEZ ORGANIZACJĘ (PO 1 PKT ZA WOJEWÓDZTWO, MAX. 3 PKT)** (0-3 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,
* oświadczam, że badanie ma charakter niekomercyjny, tym samym spełnia warunki określone w art. 5 i 6 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. O badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi, z zastrzeżeniem regulacji zawartej w art. 5 ust. 2 oraz art. 6 ust. 4 w/w ustawy,
* Oświadczam, że badanie kliniczne, którego dotyczy niniejszy wniosek o dofinansowanie nie jest prowadzone w ramach realizacji doradztwa naukowego dotyczącego badania klinicznego lub badanego produktu leczniczego, prowadzonego przez Europejską Agencję Leków, państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo nienależące do Europejskiego Obszaru Gospodarczego ani nie jest częścią planu badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej, o którym mowa w tytule II rozdziale 3 rozporządzenia (WE) nr 1901/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. w sprawie produktów leczniczych stosowanych w pediatrii oraz zmieniającego rozporządzenie (EWG) nr 1768/92, dyrektywę 2001/20/WE, dyrektywę 2001/83/WE i rozporządzenie (WE) nr 726/2004, albo planu badań klinicznych z udziałem populacji pediatrycznej uzgodnionego z państwem nienależącym do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

………………………………… …….……………………………

Pieczęć organizacji Data i podpis osoby/ób uprawnionej/ych