*znak sprawy:* *AWN\_07\_ABM\_3\_2023*

**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 REALIZACJĘ BADAŃ EPIDEMIOLOGICZNYCH DOTYCZĄCYCH WIELOCHOROBOWOŚCI**

**NUMER KONKURSU: ABM/2023/3
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 0-25 pkt.)

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

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

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

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

**B) INFRASTRUKTURA NIEZBĘDNA DO WYKONANIA PROJEKTU** (punktacja 0-15 pkt)

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

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

**C) DOŚWIADCZENIA W REALIZACJI BĄDŹ UDZIALE W BADANIACH KLINICZNYCH I/LUB EKSPERYMENTACH BADAWCZYCH I/LUB BADANIACH EPIDEMIOLOGICZNYCH W ZAKRESIE CHORÓB CYWILIZACYJNYCH, ZAKAŹNYCH I O ZNACZENIU SPOŁECZNYM** (punktacja 0-20 pkt)

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

**III. DOŚWIADCZENIE KANDYDATA NA KONSORCJANTA W SZKOLENIU PODYPLOMOWYM KADR MEDYCZNYCH, W TYM W RAMACH KURSÓW SPECJALIZACYJNYCH LUB DOSKONALĄCYCH** (0-25 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/2023/3 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/2023/3
* 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 2b do Regulaminu konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych - konkurs nr ABM/2023/3 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 07.08.2023 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,
* w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie objętym finansowaniem udzielanym przez Agencję Badań Medycznych, zobowiązuję/my się, w przypadku oraz zakresie wymaganym przepisami o pomocy publicznej, do zawarcia z Agencją Badań Medycznych dodatkowej umowy regulującej warunki udzielanego finansowania,
* 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.

………………………………… …….……………………………

Pieczęć organizacji Data i podpis osoby/ób uprawnionej/ych