**Załącznik nr 2 Ogłoszenie** **o otwartym naborze Konsorcjanta**

**FORMULARZ OFERTY**

**do otwartego naboru Konsorcjanta do wspólnego opracowania i realizacji projektu,**

**w ramach konkursu na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób rzadkich ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2021/1)**

**PODSTAWOWE DANE**

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

Forma organizacyjna

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

NIP:

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

Numer KRS lub innego właściwego rejestru:

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

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 DZIAŁANOŚCI KANDYDATA NA KONSORCJANTA Z CELEM KONSORCJUM** (punktacja 0-30 pkt.)

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

**II. DEKLAROWANY WKŁAD KANDYDATA NA KONSORCJANTA W REALIZACJĘ CELU KONSORCJUM** (punktacja 0-30 pkt.)

**A) POSIADANIE ZASOBÓW LUDZKICH Z ODPOWIEDNIMI KWALIFIKACJAMI NIEZBĘDNYCH DO WYKONANIA PROJEKTU** (punktacja 0-15 pkt.)

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

**B) POSIADANIE INFRASTRUKTURY NIEZBĘDNEJ DO WYKONANIA PROJEKTU** (punktacja 0-15 pkt)

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

**III.** **DOŚWIADCZENIE KANDYDATA NA KONSORCJANTA W DIAGNOSTYCE I TERAPII HEMATOLOGICZNYCH CHORÓB RZADKICH** (punktacja 0-15 pkt)

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

**IV. DOŚWIADCZENIE W PRZEPROWADZANIU CO NAJMNIEJ 1 BADANIA KLINICZNEGO KOMERCYJNEGO LUB NIEKOMERCYJNEGO W LATACH 2015-2020 W OBSZARZE HEMATOLOGICZNYCH CHORÓB RZADKICH** - **– NUMER, TYTUŁ, OKRES REALIZACJI, LICZBA PACJENTÓW** (punktacja 0-15; 5 pkt. za każde zrealizowane badanie w zbliżonym obszarze tematycznym, max. 15 pkt.)

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**V. DOŚWIADCZENIE W TYPOWANIU AMYLOIDU ZA POMOCĄ MIKROSKOPII IMMUNO-ELEKTRONOWEJ (METODA IMMUNOGOLD)** (punktacja 0-10 pkt.; 2 pkt. za każde zrealizowane badanie, max. 10 pkt.)

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

**VI. CZŁONKOSTWO W EUROPEJSKIEJ SIECI REFERENCYJNEJ (EUROPEAN REFERENCE NETWORK) RZADKICH CHORÓB HEMATOLOGICZNYCH** (punktacja 0-10 pkt.)

**TAK / NIE**

Załączniki:

* + - 1. Pełnomocnictwo - umocowanie do reprezentacji podmiotu w przypadku, gdy upoważnienie do podpisania „Formularza oferty” 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 naboru 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 na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób rzadkich ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2021/1).
* 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
* w przypadku wyboru mojej/naszej oferty przystąpię/my do negocjacji i zobowiązuję/my się do podpisania kwalifikowanym podpisem elektronicznym umowy konsorcjum w nieprzekraczalnym terminie do 28.03.2021.
* 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 się i przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w Informacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z prowadzeniem przez Warszawski Uniwersytet Medyczny otwartego naboru konsorcjanta do Projektu stanowiącej Załącznik nr 3 do ogłoszenia o otwartym naborze Konsorcjanta do Projektu).

………………………………… …….…………………………………

Pieczęć organizacji Data i podpis osoby/ób uprawnionej/ych