|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZGŁOSZENIE PROJEKTU w ramach Konkursu na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób cywilizacyjnych: ABM/2021/3** | | |
| **TYTUŁ PROJEKTU:** | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | |
| Zgłaszający/Inicjator Projektu | Imię i nazwisko: | |
| Jednostka organizacyjna: | |
| E-mail: | |
| Tel.: | |
| Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  🞏 TAK 🞏 NIE | |
| Osoba odpowiedzialna za przygotowywanie wniosku  🞏 dane jak dla Zgłaszającego/Inicjatora | Imię i nazwisko: | |
| Jednostka organizacyjna: | |
| E-mail: | |
| Tel.: | |
| Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  🞏 TAK 🞏 NIE | |
| **INFORMACJA O PROJEKCIE** | | |
| NAZWA CHOROBY CYWILIZACYJNEJ WRAZ Z UZASADNIENIEM  (należy podać informacje zgromadzone na podstawie literatury naukowej na temat danej jednostki chorobowej wskazujące na to, że można ją zaliczyć do chorób cywilizacyjnych. Należy wskazać źródła, których autorami publikacji naukowych nie są wyłącznie osoby stanowiące zespół badawczy planowanego do złożenia wniosku). |  | |
| DANE IDENTYFIKACYJNE BADANEGO PRODUKTU LECZNICZEGO  (badanie kliniczne może dotyczyć niedopuszczonego do obrotu produktu leczniczego na terenie Polski) | Nazwa handlowa produktu leczniczego (jeśli została nadana): | |
| Nazwa substancji czynnej: | |
| Postać farmaceutyczna: | |
| Kod EAN (jeśli został nadany): | |
| Cel realizacji projektu |  | |
| Krótki opis projektu |  | |
| Główne zadania w projekcie |  | |
| **ZESPÓŁ PROJEKTOWY** | | |
| Planowany Główny Badacz  🞏 dane jak dla Zgłaszającego/Inicjatora | Imię i nazwisko: | |
| Jednostka organizacyjna: | |
| E-mail: | |
| Tel.: | |
| Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  🞏 TAK 🞏 NIE | |
| **Kryterium obligatoryjne 1.**  Główny badacz posiada doświadczenie w przeprowadzaniu co najmniej 1-ego badania klinicznego w latach 2010-2020 w zbliżonym obszarze terapeutycznym (min. jako członek zespołu). | | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Kryterium obligatoryjne 2.**  Osoba wskazana jako Główny badacz posiada dorobek naukowy w zbliżonym obszarze terapeutycznym, którego dotyczy złożony Wniosek i co najmniej tytuł doktora nauk medycznych. | | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Jednostka organizacyjna WUM, w której będzie realizowany projekt: |  | |
| Planowany Zespół Projektowy | Imię i nazwisko  Rola w projekcie  Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  🞏 TAK - Nazwa Jednostki Organizacyjnej:……………………………………………….  🞏 NIE | |
| Imię i nazwisko  Rola w projekcie  Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  🞏 TAK - Nazwa Jednostki Organizacyjnej:………………………………………………  🞏 NIE | |
| Imię i nazwisko  Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  Rola w projekcie  🞏 TAK - Nazwa Jednostki Organizacyjnej:………………………………………………  🞏 NIE | |
| Imię i nazwisko  Rola w projekcie  Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  🞏 TAK - Nazwa Jednostki Organizacyjnej:………………………………………………  🞏 NIE | |
| Imię i nazwisko  Rola w projekcie  Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  🞏 TAK - Nazwa Jednostki Organizacyjnej:………………………………………………  🞏 NIE | |
| Imię i nazwisko  Rola w projekcie  Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  🞏 TAK - Nazwa Jednostki Organizacyjnej:………………………………………………  🞏 NIE | |
| Imię i nazwisko  Imię i nazwisko  Rola w projekcie  Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  🞏 TAK - Nazwa Jednostki Organizacyjnej:………………………………………………  🞏 NIE | |
| Imię i nazwisko  Rola w projekcie  Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  🞏 TAK - Nazwa Jednostki Organizacyjnej:………………………………………………  🞏 NIE | |
| Imię i nazwisko  Rola w projekcie  Zatrudnienie na WUM (umowa o pracę):  🞏 TAK - Nazwa Jednostki Organizacyjnej:………………………………………………  🞏 NIE | |
| **OŚRODKI BADAWCZE/PODMIOTY LECZNICZE, W KTÓRYCH BĘDZIE PROWADZONA WYŁĄCZNIE CZĘŚĆ KLINICZNA** | | |
| Nazwa podmiotu |  | |
| Nazwa podmiotu |  | |
| Nazwa podmiotu |  | |
| …………………………………………. |  | |
| …………………………………………. |  | |
| …………………………………………. |  | |
| **KONSORCJANCI W PROJEKCIE** | | |
| Czy projekt przewiduje realizację badania w konsorcjum | 🞏 TAK  🞏 NIE | |
| Jeżeli TAK, proszę wskazać rolę WUM: | 🞏 LIDER  🞏 KONSORCJANT | |
| Jeżeli WUM jest Konsorcjantem, proszę wskazać LIDERA PROJEKTU | Nazwa LIDERA: | |
| Skład Konsorcjum  **(max.4 konsorcjantów)** | Nazwa KONSORCJANTA/ÓW:   1. ………………………………….. 2. ………………………………… 3. ……………………………………. 4. ……………………………………… | |
| **SZACUNKOWY KOSZT REALIZACJI PROJEKTU – max. 10 000 000 złotych** | | |
| **Koszt całkowity …………………..……….……….……….…… PLN,** | | |
| LIMITY:  Koszty związane z zakupem/wytworzeniem leku, w tym wytworzenie placebo – max. **50%** | | |
| Koszty związane z zarządzaniem badaniem – max. **15%** | | |
| Koszty ubezpieczenia badania – max. **2%** | | |
| Koszty związane z zakupem infrastruktury badawczej, w tym drobnego sprzętu laboratoryjnego – max. **10%**  (limit uwzględnia koszty zakupu aparatury, koszty amortyzacji oraz koszty odpłatnego korzystania z aparatury naukowo-badawczej) | | |
| **EWENTUALNE UWAGI I KOMENTARZE** | | |
|  | | |
| **PODPIS** | | |
| **Podpis Zgłaszającego / Inicjatora Projektu**  Data: ………………..………. czytelny podpis……….…………………………………….…………….……….……….……….………. | | |
| **Zgoda Kierownika jednostki organizacyjnej na realizację projektu w jednostce:**  Data: ………………..………. czytelny podpis……….…………………………………….…………….……….……….……….………. | | |