



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 w obszarze chorób
cywilizacyjnych ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr
ABM/2021/3)**

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 0-10 pkt)

.....

.....

.....

II. DEKLAROWANY WKŁAD W REALIZACJĘ CELU KONSORCJUM (punktacja 0-85 pkt)

A) ZASOBY LUDZKIE Z ODPOWIEDNIMI KWALIFIKACJAMI NIEZBĘDNymi DO WYKONANIA PROJEKTU (punktacja 0-30 pkt)

.....

.....

.....

.....

B) INFRASTRUKTURA NIEZBĘDNA DO WYKONANIA PROJEKTU (punktacja 0-10 pkt)

.....

.....

.....

C) DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI ANALIZ Z ZAKRESU GENEROWANIA DANYCH Z UŻYCIEM TECHNOLOGII NGS (CO NAJMNIEJ 4 PROJEKTY O WARTOŚCI NIE NIŻSZEJ NIŻ 75.000 ZŁ KAŻDY) (punktacja 0-20 pkt)

.....

.....

.....

D) DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI ANALIZ Z ZAKRESU GENEROWANIA DANYCH Z UŻYCIEM TECHNOLOGII MIKROMACIERZOWYCH (CO NAJMNIEJ 2 PROJEKTY O WARTOŚCI NIE NIŻSZEJ NIŻ 75.000 ZŁ KAŻDY) (punktacja 0-20 pkt)

.....

.....

.....

.....



E) DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI BADAŃ KLINICZNYCH (punktacja 0-5 pkt)

.....

.....

.....

III. DOŚWIADCZENIE W DIAGNOSTYCE I TERAPII CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH (0-5 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 do wspólnego opracowania i realizacji Projektu, w ramach konkursu na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób cywilizacyjnych ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2021/3) 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 na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób cywilizacyjnych ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2021/3),
- ✓ 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 3 do Regulaminu konkursu na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób cywilizacyjnych, ABM/2021/3 i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz w przypadku wyboru mojej/naszej oferty zobowiązuje/my się do podpisania umowy konsorcjum kwalifikowanym podpisem elektronicznym w nieprzekraczalnym terminie do 21.10.2021,
- ✓ 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 Badań 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