Załącznik nr 1 do Ogłoszenia
Numer sprawy: IK.CWBK.065.39.2024

FORMULARZ OFERTOWY

Typ wnioskodawcy	
Pełna nazwa:	
Nazwa skrócona:	
Forma prawna:	
Forma własności:	
PKD głównej działalności	
NIP:	
Regon:	
Forma prawna:	
Adres strony internetowej:	
Adres e-mail do korespondencji:	
Adres:	
Kraj:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Województwo:	
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres siedziby):	
Kraj:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Województwo:	
Osoba uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji:	
Imię i nazwisko:	
Stanowisko:	
Telefon:	
Adres e-mail:	
Osoba uprawniona do kontaktów roboczych	
Czy jest to osoba wskazana do podejmowania wiążącej decyzji?	
Imię i nazwisko:	
Stanowisko:	
Telefon:	
Adres e-mail:	

1. **Deklarowany wkład potencjalnego Konsorcjanta w realizację celu Konsorcjum potencjalnego Konsorcjanta (max. 3 000 znaków)**

2. **Zgodność działania z celem Konsorcjum (max. 3 000 znaków)**

3. **Doświadczenie w realizacji badań klinicznych/eksperymentów badawczych (max. 1 000 znaków)**

4. **Potencjał naukowy/edukacyjny podmiotu (max. 1 000 znaków)**

(dołączyć życiorys/y)

5. **Potencjał techniczny (należy co najmniej przedstawić ogólny zarys wiedzy fachowej wymaganej w celu realizacji projektu oraz podać liczbę pracowników dysponujących taką wiedzą, którzy są zatrudnieni w organizacji i przydzieleni do danego projektu). (max. 500 znaków)**

6. **Potencjał administracyjny (należy co najmniej potwierdzić zdolność wnioskodawcy do realizacji projektów finansowanych ze środków publicznych lub innych poprzez wskazanie jakie kluczowe projekty z wykorzystaniem środków publicznych były realizowane przez wnioskodawcę w ostatnich 5 latach). (max. 500 znaków)**

(dołączyć referencje)

Niniejszym zgłaszam reprezentowany przeze mnie podmiot do udziału w projekcie na eksperyment badawczy, którego celem jest określenie, czy intensywne leczenie hipotensyjne przyczyni się do poprawy rokowania u pacjentów ze złośliwym nadciśnieniem tętniczym, w ramach konkursu Agencji Badań Medycznych na eksperyment badawczy - ABM/2024/1, w roli konsorcjanta.

(miejscowość, data) podpis osoby/osób uprawnionych

Załączniki do Formularza Ofertowego:

1. Datowane i podpisane dokumenty potwierdzające zadeklarowany potencjał w pkt. 3-5.
2. Pełnomocnictwo (o ile dotyczy) - 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.

Oświadczenia:

Oświadczam/y, że:

☐ Zapoznałem(-am)/liśmy się z Ogłoszeniem otwartego naboru Konsorcjanta do wspólnego opracowania i realizacji Projektu, w ramach konkursu na niekomercyjne badania kliniczne i eksperymenty badawcze 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;

☐ 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 do Regulaminu konkursu 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 06.05.2024r;

☐ 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;

☐ Zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej dla kontrahentów NIKard, dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z prowadzeniem przez NIKard otwartego naboru konsorcjanta do Projektu, stanowiącej Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o otwartym naborze Konsorcjanta do Projektu.

(miejscowość, data)	podpis osoby/osób uprawnionych