

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### 1. DANE KANDYDATA NA PARTNERA KONSORCJUM

DANE PODSTAWOWE	
Pełna nazwa	
Pełna nazwa – inne	
NIP	
REGON	
Forma prawna	
Adres strony internetowej	
Adres e-mail do korespondencji	
Kraj	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Gmina	
Powiat	
Województwo	
OSOBA UPRAWNIONA PO PODEJMOWANIA WIĄŻĄCEJ DECYZJI	
Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Telefon	
Fax	
Adres e-mail	
OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW ROBOCZYCH	
Czy jest to osoba wskazana jako uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji	
Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Telefon	
Fax	
Adres e-mail	

## 2. POTENCJAŁ KANDYDATA NA PARTNERA KONSORCJUM

<b>POTENCJAŁ NAUKOWO-TECHNICZNY / EDUKACYJNY</b>	
Deklarowany wkład w realizację konsorcjum	
Zgodność działania z celem konsorcjum	
Doświadczenie w realizacji badań klinicznych/eksperymentów badawczych	
Potencjał naukowy/edukacyjny podmiotu (w tym wykaz wykwalifikowanego personelu)	
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)	
<b>POTENCJAŁ ADMINISTRACYJNY</b>	
Wskazanie, jakie projekty z wykorzystaniem środków publicznych były realizowane w ciągu ostatnich 10 lat – sumaryczna liczba projektów, wartość, źródła dofinansowania – dla całego podmiotu	
Informacja, czy kandydat wdrożył Standardowe Procedury Operacyjne (SOP)	
Informacja, czy kandydat posiada wyspecjalizowaną komórkę obsługującą projekty zewnętrzne	

### 3. OŚWIADCZENIE DODATKOWE KANDYDATA

3.1. Oświadczam, że .....

(nazwa podmiotu, adres)

nie zalega 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.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby reprezentującej kandydata)

3.2. Oświadczam, że wobec .....

(nazwa podmiotu, adres)

nie są prowadzone postępowania sądowe, administracyjne, egzekucyjne, postępowania skarbowe lub karnoskarbowe, których wynik może mieć wpływ na realizację zadań określonych w projekcie.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby reprezentującej kandydata)

3.3. Oświadczam, że .....

(nazwa podmiotu, adres)

nie został wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania w ramach konkursów organizowanych przez Agencję Badań Medycznych.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby reprezentującej kandydata)

3.4. Oświadczam, że

.....  
(nazwa podmiotu, adres)

posiada niezbędną wiedzę, doświadczenie, bazę lokalową oraz dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym i osobowym do realizacji zadań przewidzianych dla partnera konsorcjum w projekcie.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis osoby reprezentującej jednostkę kliniczną:  
klinikę/oddział reumatologiczny)