**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |
| --- |
| **DANE KANDYDATA NA CZŁONKA KONSORCJUM – DANE PODSTAWOWE** |
| Pełna nazwa |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Forma prawna |  |
| Adres strony internetowej |  |
| Adres e-mail do korespondencji |  |
| Adres |  |
| **OSOBA UPRAWNIONA DO PODEJMOWANIA WIĄŻĄCEJ DECYZJI** |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| Adres e-mail |  |
| **POTENCJAŁ KANDYDATA NA CZŁONKA KONSORCJUM** |
| **Opis proponowanego zaangażowania w prace Konsorcjum:** należy podać proponowaną rolę konsorcjanta uwzględniając zgodność działań z zakresem badania i wpływ tych działań na powodzenie badania. |
|  |
| **Potencjał naukowy:** należy podać ilość i zakres prowadzonych badań ze szczególnym uwzględnieniem badań epidemiologicznych (m.in. należy wskazać liczbę osób wraz z określeniem stopni naukowych z doświadczeniem w prowadzeniu badań, liczbę przeprowadzonych badań). |
|  |
| **Potencjał techniczny i osobowy:** należy podać zasoby techniczne i potencjał pracowników naukowo technicznych mogących wspierać  prawidłową  realizację zadań Konsorcjanta |
|  |
| **Potencjał finansowy:** należy co najmniej potwierdzić zdolność finansową podmiotu odpowiedzialnego za realizację projektu, aby wykazać, że oprócz innych realizowanych przez niego działań jest on w stanie zagwarantować płynność w zakresie odpowiedniego finansowania projektu w celu zapewnienia jego odpowiedniej realizacji i dalszego funkcjonowania. |
|  |
| **Potencjał administracyjny:** należy co najmniej potwierdzić zdolność Wnioskodawcy do realizacji projektów finansowanych ze środków publicznych lub innych poprzez wskazanie jakie projekty z wykorzystaniem środków publicznych były realizowane przez Wnioskodawcę. |
|  |

**Oświadczenie dodatkowe Kandydata:**

Potwierdzam zapoznanie się z warunkami naboru określnymi w dokumentacji ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych Konkursu (numer naboru: ABM/2024/1) oraz deklaruję gotowość realizacji Projektu zgodnie z nimi.

Jednocześnie:

Oświadczam o braku zalegania z uiszczaniem podatków, jak również̇ z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.

Oświadczam, że nie są̨ prowadzone wobec kandydata postepowania sądowe, administracyjne, egzekucyjne, postępowania skarbowe lub karnoskarbowe, których wynik może mieć́ wpływ na realizację zadań́ określonych w Projekcie.

Oświadczam o braku wykluczenia z możliwości otrzymania dofinansowania w ramach konkursów organizowanych przez Agencję Badań Medycznych

……………………………………..

data, podpis