

## OFERTA

do otwartego naboru Konsorcjanta do wspólnego opracowania i realizacji projektu, w ramach konkursu na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób rzadkich ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2021/1)

### PODSTAWOWE DANE

Nazwa podmiotu:

.....  
.....

Forma organizacyjna:

.....  
.....

NIP:

.....

Numer KRS lub innego właściwego rejestru:

.....

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: .....

**Oświadczam/y, że:**

1. Zapoznałem(-am)/liśmy się z *Regulamin otwartego naboru Konsorcjanta do wspólnego opracowania i realizacji projektu, w ramach konkursu na niekomercyjne badanie kliniczne w obszarze chorób rzadkich ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2021/1)* wraz z wszystkimi załącznikami oraz akceptuję/emy ich zapisy i nie wnoszę/imy uwag do ich treści;
2. Zapoznałem(-am)/liśmy się z *Regulaminem konkursu na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób rzadkich (ABM/2021/1)* i wszystkimi załącznikami, ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych;
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;
4. W przypadku wyboru mojej/naszej oferty zobowiązuję/my się do podpisania kwalifikowanym podpisem elektronicznym umowy konsorcjum w miejscu i terminie wskazanym przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

5. 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. 2021, poz. 305, t.j.), 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;
6. 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;
7. Nie prowadzę/my działalności gospodarczej w zakresie objętym finansowaniem udzielanym przez Agencję Badan Medycznych;
8. 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;
9. 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.);
10. Zapoznałem/am się i przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w Informacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z prowadzeniem przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie otwartego naboru konsorcjanta do Projektu.
11. Wraz z niniejszą Ofertą składam *Opis działalności konsorcjanta* przygotowany w formacie PDF, uwzględniający w szczególności kryteria wyboru Konsorcjanta, szczegółowo wskazane w § 7 ust. 1 *Regulaminu otwartego naboru Konsorcjanta* (materiał tekstowy max do 36000 znaków) wraz z oświadczeniem o oryginalności sporządzenia przedmiotowego opisu wyłącznie na potrzeby niniejszego konkursu, podpisane przez osobę upoważnioną.

.....

Pieczęć organizacji

.....

Data i podpis osoby/ób uprawnionej/yh