*Załącznik nr 1 do Ogłoszenia otwartego naboru partnerów konsorcjum*

***FORMULARZ OFERTOWY***

do wspólnego przygotowania i realizacji projektu w ramach konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych na tworzenie i rozwój Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej - konkurs numer: ABM/2023/2

Ogłoszenie o konkursie dostępne jest pod adresem internetowym:

[https://abm.gov.pl/pl/konkursy/aktualne-nabory-1/1918,Tworzenie-i-rozwoj-Regionalnych-Centrow-Medycyny-Cyfrowej.html](https://abm.gov.pl/pl/konkursy/aktualne-nabory-1/1918%2CTworzenie-i-rozwoj-Regionalnych-Centrow-Medycyny-Cyfrowej.html)

**I. INFORMACJA O PODMIOCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa organizacji/instytucji** |  |
| **2. Forma prawna** |  |
| **3. Forma własności** |  |
| **4. NIP** |  |
| **5. REGON** |  |
| **6. Adres siedziby** |
| **6.1. Województwo** |  |
| **6.2. Powiat** |  |
| **6.3. Gmina** |  |
| **6.4. Ulica** |  |
| **6.5. Numer budynku** |  |
| **6.6. Numer lokalu** |  |
| **6.7. Kod pocztowy** |  |
| **6.8. Miejscowość** |  |
| **6.9. Telefon** |  |
| **6.10. Fax** |  |
| **6.11. Adres e-mail** |  |
| **6.12. Adres strony www** |  |
| **7. Osoba/y uprawniona/e do podejmowania decyzji wiążących w imieniu partnera[[1]](#footnote-1)** |
| **7.1. Imię** |  |
| **7.2. Nazwisko** |  |
| **7.3. Numer telefonu** |  |
| **7.4. Adres poczty elektronicznej** |  |
| **8. Dane Badacza/Osoby merytorycznie odpowiedzialnej za projekt[[2]](#footnote-2)** |
| **8.1. Tytuł naukowy** |  |
| **8.2. Imię i nazwisko** |  |
| **8.3. Numer telefonu** |  |
| **8.4. Adres poczty elektronicznej** |  |
| **8.5. Doświadczenie Badacza/Osoby merytorycznie odpowiedzialnej za projekt** |  |
| **9. Osoba do kontaktów roboczych w sprawie zgłoszenia** |
| **9.1. Imię** |  |
| **9.2. Nazwisko** |  |
| **9.3. Stanowisko/Jednostka organizacyjna** |  |
| **9.4. Numer telefonu** |  |
| **9.5. Adres poczty elektronicznej** |  |

**II. CZĘŚĆ MERYTORYCZNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Opis** |
| 1. **Czy instytucja posiada zespół, infrastrukturę oraz doświadczenie w działalności na rzecz leczenia lub poprawy stanu zdrowia pacjentów?**
 | Nie [ ]  | Tak [ ]  |
| 1. **Zgodność działalności Partnera z celami partnerstwa (określonymi w pkt. I ogłoszenia) Max. 1500 znaków**
 |  |
| 1. **Proponowany wkład partnera w realizację celu partnerstwa- w opisie proszę uwzględnić analizę w kontekście zasobów umożliwiających realizację projektu**

**Należy wskazać i opisać max. 1500 znaków** | Potencjał naukowy |  |
| Potencjał techniczny |  |
| Potencjał administracyjny  |  |
| Potencjał finansowy i ekonomiczny zapewniający prawidłową realizacje zadań określonych w projekcie |  |
| 1. **Proponowany zakres współpracy w zakresie przygotowania projektu i realizacji projektu**

**Opisać zarys proponowanego wkładu merytorycznego do projektu** **max 1500 znaków** | Nie [ ]  Tak [ ] Jakie?  |
| 1. **Czy instytucja posiada zobowiązania ekonomiczno-finansowe wobec podmiotów-publiczno-prawnych i innych, które mogłyby uniemożliwić rozpoczęcie działań przewidzianych w projekcie?**

 |  |

**III. OŚWIADCZENIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 (Dz. U. z 2021 r. poz. 305)  | Nie [ ]  | Tak [ ]  |
| Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty jest powiązany z Narodowym Instytutem Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie - Państwowym Instytutem Badawczym w rozumieniu załącznika I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1). | Nie [ ]  | Tak [ ]  |
| Pomiędzy podmiotem wskazanym w pkt. 1 niniejszej oferty a Narodowym Instytutem Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie - Państwowym Instytutem Badawczym występuje którakolwiek z następujących relacji:1. jeden z podmiotów posiada samodzielnie lub łącznie z jednym lub więcej podmiotami, z którymi jest powiązany w rozumieniu niniejszego akapitu powyżej 50% kapitału drugiego podmiotu (dotyczy podmiotów prowadzących działalność gospodarczą), przy czym wszyscy partnerzy projektu traktowani są łącznie jako strona partnerstwa, która łącznie nie może posiadać powyżej 50% kapitału drugiej strony partnerstwa, czyli lidera projektu;
2. jeden z podmiotów ma większość praw głosu w drugim podmiocie;
3. jeden z podmiotów, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem drugiego podmiotu, kontroluje samodzielnie, na mocy umowy z innymi akcjonariuszami lub wspólnikami drugiego podmiotu, większość praw głosu akcjonariuszy lub wspólników w drugim podmiocie;
4. jeden z podmiotów ma prawo powoływać lub odwoływać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego drugiego podmiotu;
5. jeden z podmiotów ma prawo wywierać dominujący wpływ na drugi podmiot na mocy umowy zawartej z tym podmiotem lub postanowień w akcie założycielskim lub umowie spółki lub statucie drugiego podmiotu (dotyczy to również prawa wywierania wpływu poprzez powiązania osobowe istniejące między podmiotami mającymi wejść w skład partnerstwa).
 | Nie [ ]  | Tak [ ]  |
| Podmiot wskazany w pkt. 1 niniejszej oferty zalega z płatnościami na rzecz podmiotów publiczno-prawnych. | Nie [ ]  | Tak [ ]  |
| Deklaruję gotowość współpracy podmiotu wskazanego w pkt. 1 niniejszej oferty z Narodowym Instytutem Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie - Państwowym Instytutem Badawczym w trakcie przygotowania projektu oraz jego realizacji na każdym etapie. | Nie [ ]  | Tak [ ]  |
| W przypadku wyboru podmiotu wskazanego w pkt. 1 niniejszej oferty na partnera wyrażam zgodę na upublicznienie informacji o wyborze w/w podmiotu na Partnera projektu. | Nie [ ]  | Tak [ ]  |
| W przypadku wyboru podmiotu wskazanego w pkt. 1 niniejszej oferty na partnera zobowiązuję się do podpisania umowy Konsorcjum w załączonym brzmieniu formalno-prawnym (wzór obligatoryjny ABM) | Nie [ ]  | Tak [ ]  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych \*

Wyrażam zgodę/Zapoznałem/-łam się

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| miejsce i data |  | pieczęć i podpisy osób reprezentujących podmiot |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych \*

Wyrażam zgodę/Zapoznałem/-łam się

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| miejsce i data |  | pieczęć i podpisy Głównego Badacza |

1. Zgodnie z wpisem do rejestru albo ewidencji właściwych dla formy organizacyjnej partnera lub upoważnieniem/pełnomocnictwem. Jeżeli, zgodnie z dokumentami prawnymi określającymi funkcjonowanie wnioskodawcy (np. statut, wpis do KRS, umowa spółki), do reprezentowania podmiotu konieczny jest podpis więcej niż jednej osoby, to wszystkie uprawnione osoby powinny być wskazane w punkcie 7. Jeżeli osoba opatrująca ofertę podpisem działa na podstawie pełnomocnictwa lub upoważnienia, to upoważnienie do reprezentowania podmiotu należy dołączyć do niniejszej oferty. [↑](#footnote-ref-1)
2. Jednostka dokonująca zgłoszenia zobowiązana jest do uzyskania zgody Badacza/Osoby odpowiedzialnej merytorycznie za projekt na przekazanie Narodowemu Instytutowi Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie Państwowemu Instytutowi Badawczemu Oddział w Gliwicach jej danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszenia, o którym mowa w pkt. 8. [↑](#footnote-ref-2)