**Zgłoszenie do udziału w naborze na**

**konsorcjanta (konkurs ABM/2024/2)**

1. **Dane organizacji**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa** |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Forma prawna |  |
| Adres e-mail do korespondencji |  |
| **Adres** |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| **OSOBA UPRAWNIONA PO PODEJMOWANIA WIĄŻĄCEJ DECYZJI** | |
| Imię i nazwisko |  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |
| **OSOBA DO KONTAKTÓW ROBOCZYCH** | |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |

Odpowiadając na ogłoszenie ofertowe dotyczące współtworzenia Konsorcjum, którego celem jest przygotowanie i realizacja niekomercyjnego badania klinicznego finansowanego ze środków Agencji Badań Medycznych, oferujemy przystąpienie do ww. Konsorcjum. Organizacja jest organizacją pacjencką zrzeszającą i/lub działającą na rzecz chorych na……………………………………….. (proszę wpisać). Tym samym oświadczamy, że celem naszej działalności nie jest osiąganie zysku w zakresie prowadzenia i organizacji badań klinicznych bądź wytwarzania produktów leczniczych lub obrotu nimi. Posiadamy/ nie posiadamy\* udokumentowane doświadczenie we wspieraniu projektów z zakresu ochrony zdrowia.

Prowadzimy/ nie prowadzimy\* działania na rzecz podnoszenia świadomości opinii publicznej w zakresie prowadzenia badań klinicznych i/lub profilaktyki zdrowotnej.

**2. Opis działalności oferenta z perspektywy celu konsorcjum**

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

3. **Prace na rzecz Konsorcjum opisane w przedmiocie oferty wykonywane będą przez**

**następujące osoby (lub osobę):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Imię i nazwisko* | *Funkcja w projekcie /Zakres*  *prac wykonywanych w*  *ramach realizacji projektu* | *Doświadczenie w danym*  *obszarze* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4. Posiadanie lub dostęp do infrastruktury niezbędnej do wykonania mobilnej aplikacji oraz wsparcia technicznego** ………………………….…………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Posiadanie doświadczenia w prowadzeniu warsztatów/ lub upowszechnianiu wiedzy na temat badań klinicznych z zakresu onkologii i hematoonkologii……….…………….……………………

……….………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

6**. Doświadczenie we wsparciu i organizacji dla badaczy w gromadzeniu danych od użytkowników badania pod kątem pacjenckim.**

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

……….…………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dopuszczalne jest zapisanie danych wskazanych w punktach 1-5 w formie odrębnego dokumentu załącznika, który w takiej sytuacji stanowi integralną część oferty. W takiej sytuacji w punktach powyżej można wpisać odniesienie do załącznika.

7. W przypadku podjęcia współpracy w ramach zawarcia Konsorcjum zobowiązujemy się do

zawarcia pisemnej umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Polską Grupę Badawczą Chłoniaków.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Data i Podpis Osoby wypełniającej zgłoszenie*