**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 |  |

1. **POTENCJAŁ KANDYDATA NA PARTNERA KONSORCJUM**

|  |
| --- |
| **POTENCJAŁ NAUKOWO-TECHNICZNY**  |
| Liczba przeprowadzonych badań klinicznych w latach 2015-2021, z podziałem na komercyjne i niekomercyjne, wraz z podaniem obszarów badań – dla całego podmiotu  |  |
| Zrealizowane i prowadzone projekty naukowe w obszarze związanym z tematyką projektu, inne niż badania kliniczne – dla całego podmiotu |  |
| Informacje o dorobku naukowym, np. liczba publikacji naukowych i wartość IF, punktacja ministerialna, liczba cytowań publikacji z afiliacją w bazie SCOPUS, indeks Hirscha |  |
| Liczba pracowników dysponujących wiedzą z obszaru projektu, którzy są zatrudnieni w organizacji i mogą być przydzieleni do projektu |  |
| **POTENCJAŁ FINANSOWY** |
| Potwierdzenie zdolności finansowej, w tym podanie z poprzedniego roku obrotowego lub go poprzedzającego, gdy sprawozdanie finansowe nie jest jeszcze zatwierdzone, danych typu: całkowitych przychodów, w tym wartość kontraktu z NFZ, przychody z innych źródeł, z działalności naukowej i badawczej; wysokość aktualnych zobowiązań finansowych |  |
| **POTENCJAŁ ADMINISTRACYJNY** |
| 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 |  |

1. **OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO SIECI „POLCRIN”**

Oświadczam, że ..........................................................................................................................................................

*(nazwa podmiotu, adres)*

należy do krajowej sieci ośrodków prowadzących badania kliniczne produktów leczniczych i wyrobów medycznych „POLCRIN”.

...................................................................... ......................................................................

*(miejscowość, data) (podpis osoby reprezentującej kandydata)*

1. **OŚWIADCZENIE DODATKOWE KANDYDATA**

4.1. 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.

...................................................................... ....................................................................

*(miejscowość, data) (podpis osoby reprezentującej kandydata)*

4.2. 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.

...................................................................... ....................................................................

*(miejscowość, data) (podpis osoby reprezentującej kandydata)*

4.3. Oświadczam, że ...................................................................................................................................................

*(nazwa podmiotu, adres)*

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

...................................................................... ....................................................................

*(miejscowość, data) (podpis osoby reprezentującej kandydata)*

1. **POTENCJAŁ KLINICZNY I NAUKOWY JEDNOSTKI/KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ (ODDZIAŁU NEFROLOGICZNEGO)**

|  |
| --- |
| **POTENCJAŁ KLINICZNY JEDNOSTKI** |
| Ilość łóżek wchodzących w skład jednostki klinicznej |  |
| Liczba pacjentów z zespołem nerczycowym hospitalizowanych w danej jednostce w ciągu roku |  |
| Liczba lekarzy posiadających doświadczenie w zakresie badań klinicznych wraz z podaniem ich stopni naukowych |  |
| Liczba pielęgniarek posiadających doświadczenie w zakresie badań klinicznych |  |
| Liczba osób z personelu administracyjnego posiadających doświadczenie w zakresie badań klinicznych |  |
| **POTENCJAŁ NAUKOWY JEDNOSTKI** |
| Liczba i tytuły komercyjnych badań klinicznych prowadzonych przez jednostkę w latach 2015-2021 w obszarze tematycznym glomerulopatii, zaburzeń odżywienia i powikłań sercowo-naczyniowych towarzyszących chorobom nerek, przewlekłej choroby nerek |  |
| Liczba i tytuły eksperymentów medycznych prowadzonych przez jednostkę w latach 2015-2021 w obszarze tematycznym glomerulopatii, zaburzeń odżywienia i powikłań sercowo-naczyniowych towarzyszących chorobom nerek, przewlekłej choroby nerek, ze wskazaniem, które z nich miały status niekomercyjnego badania klinicznego |  |

Oświadczam, że

.....................................................................................................................................................................................

*(nazwa jednostki klinicznej, adres)*

posiada niezbędną wiedzę, doświadczenie, bazę lokalową oraz dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym i osobowym do realizacji zadań przewidzianych dla partnera konsorcjum w projekcie „FORMA – randomizowane badanie kliniczne z grupą kontrolną oceniające skuteczność i bezpieczeństwo ketoanalogów aminokwasów egzogennych w profilaktyce utraty masy mięśniowej w zespole nerczycowym” w odpowiedzi na konkurs Agencji Badań Medycznych na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób rzadkich (ABM/2021/1).

...................................................................... ......................................................................

*(miejscowość, data) (podpis osoby reprezentującej jednostkę kliniczną:*

*klinikę/oddział nefrologiczny)*