**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA KANDYDATA NA PARTNERA KONSORCJUM BĘDĄCEGO ORGANIZACJĄ PACJENTÓW**

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 ORGANIZACYJNY** |
| Potwierdzenie statusu organizacji pozarządowej zrzeszającej pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń, w tym dane identyfikacyjne, np. numer KRS |  |
| Doświadczenie we współpracy z ośrodkami naukowymi (w tym ośrodkami rekrutującymi pacjentów), zajmującymi się chorobą badaną w projekcie |  |
| Doświadczenie w prowadzeniu kampanii informacyjnych |  |
| **POTENCJAŁ TECHNICZNY** |
| Opis bazy lokalowej i potencjału technicznego, umożliwiającego udział w projekcie |  |
| 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 danych finansowych z ostatniego roku obrotowego; wysokość aktualnych zobowiązań finansowych |  |

1. **OŚWIADCZENIE DODATKOWE KANDYDATA**

3.1. 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)*

3.2. 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 organizację)*

3.3. 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 organizację)*

3.4. Oświadczam, że

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

*(nazwa podmiotu, adres)*

posiada niezbędną wiedzę, doświadczenie, bazę lokalową oraz dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym i osobowym do realizacji zadań przewidzianych dla partnera konsorcjum w projekcie „VASCULITIS - Personalizowane leczenie immunosupresyjne układowych zapaleń naczyń z obecnością przeciwciał ANCA” w odpowiedzi na konkurs Agencji Badań Medycznych na niekomercyjne badania kliniczne w obszarze chorób rzadkich (ABM/2021/1).

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

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