**Załącznik nr 1 do Ogłoszenia** **o otwartym naborze Konsorcjanta**

**FORMULARZ OFERTY**

**do otwartego naboru Konsorcjanta do wspólnego opracowania i realizacji Projektu, w ramach konkursu na REALIZACJĘ BADAŃ EPIDEMIOLOGICZNYCH DOTYCZĄCYCH WIELOCHOROBOWOŚCI**

**NUMER KONKURSU: ABM/2023/3  
ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych**

**PODSTAWOWE DANE**

Nazwa podmiotu: …………………………………………………………………….……………………………………..………………………………………………………………………………………………

Forma organizacyjna

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

NIP:

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

Numer KRS lub innego właściwego rejestru (jeśli dotyczy):

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

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: ……………………………………………………………………………………………………

**I. Zgodność działania potencjalnego Konsorcjanta z celami Konsorcjum i deklarowany wkład potencjalnego Konsorcjanta w realizację celu Konsorcjum (maksymalnie 10 pkt.),**

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

**II. Doświadczenie w realizacji badań klinicznych/epidemiologicznych (maksymalnie 10 pkt.),**

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

**III. Potencjał naukowy umożliwiający realizację badania (max. 10 pkt).**

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

Załączniki:

* + - 1. Pełnomocnictwo - umocowanie do reprezentacji podmiotu w przypadku, gdy upoważnienie do podpisania „Formularza Oferty” nie wynika bezpośrednio z odpisu z właściwego rejestru, albo z centralnej ewidencji informacji o działalności gospodarczej, ogólnie dostępnego na stronach internetowych ogólnodostępnych baz danych.
      2. Załącznik nr 3 KLAUZULA INFORMACYJNA.

Oświadczam/y, że:

* zapoznałem(-am)/liśmy się z Regulaminem otwartego naboru Konsorcjanta w ramach konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych - konkurs nr ABM/2023/3 wraz z wszystkimi załącznikami, akceptuję/emy ich zapisy i nie wnoszę/imy uwag do ich treści,
* zapoznałem(-am)/liśmy się z Regulaminem i wszystkimi załącznikami konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych - konkurs nr ABM/2023/3
* 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,
* zapoznałem(-am)/liśmy się ze wzorem umowy konsorcjum stanowiącym załącznik nr 2b do Regulaminu konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych - konkurs nr ABM/2023/3 i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz w przypadku wyboru mojej/naszej oferty zobowiązuję/my się do podpisania umowy konsorcjum kwalifikowanym podpisem elektronicznym w nieprzekraczalnym terminie do 31.08.2023 r.,
* 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. z 2017, poz. 2077, z późn. zm.),
* nie jestem/jesteśmy powiązany/powiązani z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego PZH - PIB, 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).
* Pomiędzy oferentem a Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego PZH - PIB nie występuje którakolwiek z następujących relacji:

a) 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;

b) jeden z podmiotów ma większość praw głosu w drugim podmiocie;

c) 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;

d) jeden z podmiotów ma prawo powoływać lub odwoływać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego drugiego podmiotu;

e) 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 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,
* 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,
* 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.),
* zapoznałem/am/liśmy się i przyjmuję/emy do wiadomości informacje zawarte w Klauzuli Informacyjnej w związku z prowadzeniem przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH otwartego naboru Konsorcjanta stanowiącego Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o otwartym naborze Konsorcjanta.

………………………………… …….……………………………

Pieczęć organizacji Data i podpis osoby/ób uprawnionej/ych