****

**Zgłoszenie do udziału w naborze**

1. **Dane kandydata konsorcjum**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |  |

1. **Potencjał kandydata**

|  |  |
| --- | --- |
| **POTENCJAŁ NAUKOWO-TECHNICZNY** | |
| Liczba przeprowadzonych badań klinicznych w latach 2015-2023, 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 |  |
| Liczba pracowników dysponujących wiedzą z obszaru projektu, którzy są zatrudnieni w organizacji i mogą być przydzieleni do projektu |  |
| **POTENCJAŁ FINANSOWY** | |
| Potwierdzenie zdolności finansowej do przeprowadzenia projektu |  |
| **POTENCJAŁ ADMINISTRACYJNY** | |
| Wskazanie, jakie projekty z wykorzystaniem środków publicznych były realizowane w ciągu ostatnich 10 lat |  |
| Informacja, czy kandydat posiada wyspecjalizowaną komórkę obsługującą projekty zewnętrzne |  |

1. **Potencjał Kliniczny**

|  |
| --- |
| **POTENCJAŁ KLINICZNY JEDNOSTKI** |
|  |
| **POTENCJAŁ NAUKOWY JEDNOSTKI** |
|  |

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

*Data i Podpis Osoby wypełniającej zgłoszenie*