Załącznik nr 1 do ogłoszenia o otwartym naborze na członka konsorcjum – formularz oferty

**FORMULARZ OFERTY**

do otwartego naboru na członka konsorcjum do wspólnego opracowania i realizacji projektu, w ramach konkursu ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2024/01).

**DANE KANDYDATA NA CZŁONKA KONSORCJUM**

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

Adres siedziby:

…………………………………………………………………………………………………...KRS...............................................

NIP................................................

REGON …………………………

Adres poczty elektronicznej: [………………………….](mailto:rektor@umw.edu.pl)...............................................................

Adres strony internetowej: […………………](http://www.umw.edu.pl)…………………………………………………...

**Dane osoby do kontaktu:**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………

Numer telefonu: …………………………………………………………………………………

Adres poczty elektronicznej: [……………………………………….](mailto:marta.duda-sikula@umw.edu.pl)...........................................

**1. OPIS DZIAŁALNOŚCI JEDNOSTKI BĘDĄCEJ KANDYDATEM NA CZŁONKA KONSORCJUM**

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

**2. DEKLAROWANY WKŁAD JEDNOSTKI BĘDĄCEJ KANDYDATEM NA CZŁONKA KONSORCJUM**

1. **OPIS POSIADANYCH ZASOBÓW LUDZKICH Z ODPOWIEDNIMI KWALIFIKACJAMI NIEZBĘDNYCH DO WYKONANIA PROJEKTU** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**B)** **OPIS POSIADANEJ INFRASTRUKTURY NIEZBĘDNEJ DO WYKONANIA PROJEKTU**

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

**3. DOŚWIADCZENIE JEDNOSTKI BĘDĄCEJ KANDYDATEM NA CZŁONKA KONSORCJUM W INICJOWANIU I REALIZACJI BADAŃ KLINICZNYCH/ EKSPERYMENTÓW BADAWCZYCH LUB OPIS DOŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DZIAŁAŃ JAKIE CZŁONEK KONSORCJUM PLANUJE REALIZOWAĆ   
W RAMACH PROJEKTU**

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

INFORMACJE DODATKOWE

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

…….…………………………………

data i podpis osoby/ób uprawnionej/ych

do reprezentowania podmiotu

dokonującego zgłoszenia