Załącznik nr 1 do Ogłoszenia o naborze otwartym na członka konsorcjum w projekcie na niekomercyjne badanie kliniczne finansowanego za środków Agencji Badań Medycznych, Numer konkursu: ABM/2024/1

**Formularz ofertowy**

**DANE KANDYDATA NA CZŁONKA KONSORCJUM**

Nazwa podmiotu:

Adres siedziby:

KRS

NIP

REGON

Adres poczty elektronicznej:

Adres strony internetowej:

**Dane osoby do kontaktu:**

Imię i nazwisko:

Numer telefonu:

Adres poczty elektronicznej:

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

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

**Partner nr 1 / Partner nr 2 / Partner nr 3** *(\*zaznaczyć właściwy wybór )*

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, ZGODNIE Z ZADEKALROWANYM WYBOREM**

**INFORMACJE DODATKOWE**

…….…………………………………

data i podpis osoby/ób uprawnionej/ych

do reprezentowania podmiotu

dokonującego zgłoszenia