Zgłoszenie do udziału w otwartym naborze na konsorcjanta w: Konkurs otwarty na realizację badań epidemiologicznych dotyczących wielochorobowości

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

2. Potencjał kandydata

POTENCJAŁ NAUKOWO-TECHNICZNY

Liczba przeprowadzonych badań klinicznych w latach 2015-2022, 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

|  |
| --- |
|  |

3. Potencjał Kliniczny

POTENCJAŁ KLINICZNY JEDNOSTKI

|  |
| --- |
|  |

POTENCJAŁ NAUKOWY JEDNOSTKI

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis Osoby wypełniającej zgłoszenie