**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

partnera do wspólnej realizacji projektu pod tytułem (może ulec korekcie):

*A Multicenter, randomized, double blind study comparing the anticancer properties of dipeptidyl peptidase IV inhibitors and sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors among patients with Papillary Thyroid Carcinoma - head to head clinical trial*

w ramach konkursu nr ABM/2023/1 ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych na badania head-to-head   
w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych lub eksperymentów badawczych - edycja II

1. **DANE KANDYDATA NA PARTNERA KONSORCJUM**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PODSTAWOWE** | |
| Pełna nazwa |  |
| Pełna nazwa – inne |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Forma prawna |  |
| Adres strony internetowej |  |
| Adres e-mail do korespondencji |  |
| Kraj |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| **OSOBA UPRAWNIONA PO PODEJMOWANIA WIĄŻĄCEJ DECYZJI** | |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| Adres e-mail |  |
| **OSOBA UPRAWNIONA DO KONTAKTÓW ROBOCZYCH** | |
| Czy jest to osoba wskazana jako uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| Adres e-mail |  |

1. **POTENCJAŁ KANDYDATA NA PARTNERA KONSORCJUM**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYMAGANIA** | **OPIS POZWALAJĄCY OCENIĆ POTENCJAŁ KANDYDATA** |
| 1. **Posiadanie zaplecza aparaturowego niezbędnego do przeprowadzenia badania klinicznego: poradnia, oddział szpitalny, echolaser do termoablacji, USG.** |  |
| 1. **Zapewnienie zaplecza personalnego niezbędnego do przeprowadzenia badania: min. 2 lekarzy specjalistów medycyny nuklearnej, endokrynologów, diabetologów, inspektor ochrony radiologicznej.** |  |
| 1. **Posiadanie doświadczenia w pracy naukowej: min. 2 publikacje o tematyce raka tarczycy.** |  |
| 1. **Możliwość przeprowadzania oznaczeń laboratoryjnych: posiadanie w jednostce szpitalnej laboratorium centralnego umożliwiającego oznaczenie stężenia TSH, ATPO, ATG, TGB, ATGB, gospodarki lipidowej (CHOL, TG, LDL, HDL); przeprowadzenie badania cytologicznego przez doświadczonego patomorfologa na podstawie materiału pobranego w czasie FNAB.** |  |

1. **DODATKOWE OŚWIADCZENIE KANDYDATA**

3.1. Oświadczam, że **…………..** *(nazwa jednostki, adres)*nie zalega 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.

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

*(miejscowość, data) (podpis osoby reprezentującej kandydata)*

3.2. Oświadczam, że wobec **…………..** *(nazwa jednostki, adres)*nie są prowadzone postępowania sądowe, administracyjne, egzekucyjne, postępowania skarbowe lub karnoskarbowe, których wynik może mieć wpływ na realizację zadań określonych w projekcie.

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

*(miejscowość, data) (podpis osoby reprezentującej kandydata)*

3.3. Oświadczam, że **…………..** *(nazwa jednostki, adres)*nie został wykluczony z możliwości otrzymania dofinansowania w ramach konkursów organizowanych przez Agencję Badań Medycznych.

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

*(miejscowość, data) (podpis osoby reprezentującej kandydata)*

**OŚWIADCZENIE O BRAKU OSOBOWYCH LUB KAPITAŁOWYCH**

**POWIĄZAŃ Z OGŁASZAJĄCYM**

Nazwa Kandydata.....................................................................................................................

Adres Kandydata.......................................................................................................................

Oświadczam, iż nie jestem/ jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z Ogłaszającym. Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania pomiędzy Ogłaszającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Ogłaszającego lub osobami wykonującymi w imieniu Ogłaszającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru konsorcjanta a Kandydatem, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

………………………………… ……………………………………………………

miejscowość, data czytelny podpis osób uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy