

Zgłoszenie do udziału w naborze

1. Dane kandydata konsorcjum

Pelna 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	

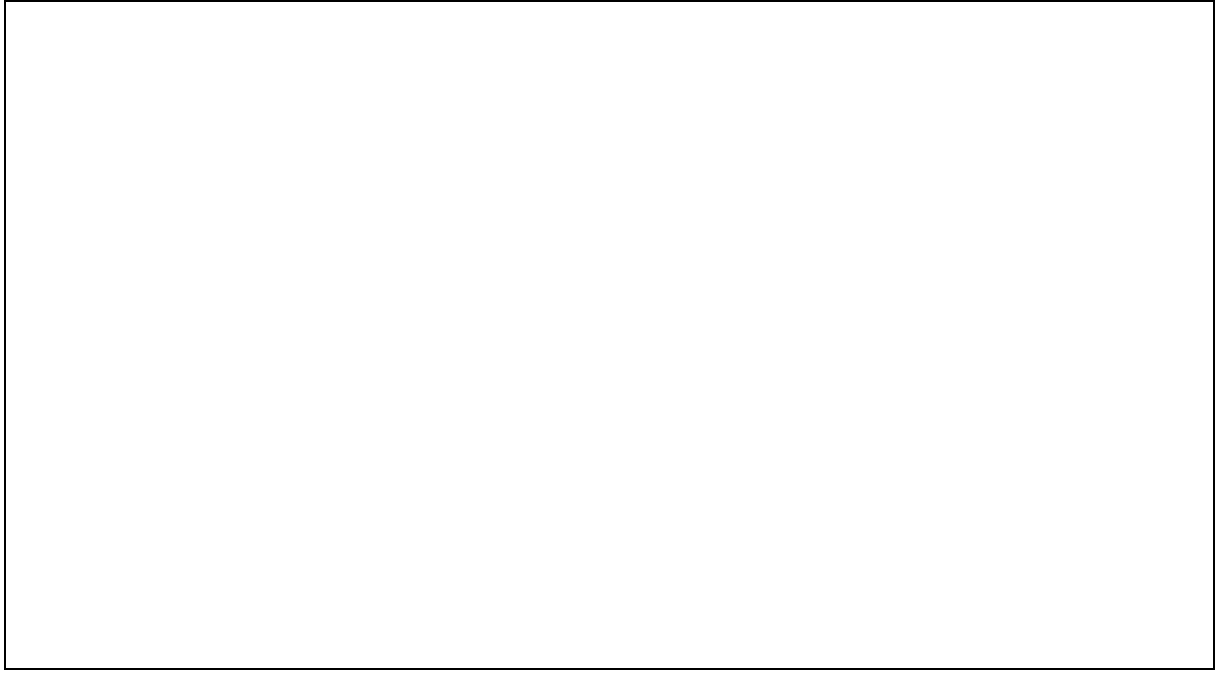
2. Potencjał kandydata

POTENCJAŁ NAUKOWO-TECHNICZNY	
Liczba przeprowadzonych badań klinicznych w latach 2015-2021, 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 kliniczno-naukowy kandydata

POTENCJAŁ KLINICZNY JEDNOSTKI
POTENCJAŁ NAUKOWY JEDNOSTKI



Data i Podpis Osoby wypełniającej zgłoszenie