**WOJSKOWY INSTYTUT HIGIENY I EPIDEMIOLOGII**

**im. gen. Karola Kaczkowskiego**

01-163 Warszawa, ul. Kozielska 4

tel. 261 853 101, fax 261 853 133

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGŁOSZENIA O OTWARTYM NABORZE KONSORCJANTA
DO WSPÓLNEJ REALIZACJI PROJEKTU W RAMACH KONKURSU
NA REALIZACJĘ NIEKOMERCYJNYCH BADAŃ EPIDEMIOLOGICZNYCH DOTYCZĄCYCH WIELOCHOROBOWOŚCI, OGŁOSZONEGO PRZEZ AGENCJĘ BADAŃ MEDYCZNYCH (KONKURS NR ABM/2023/3)**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa podmiotu:** |  |
| **NIP:** |  |
| **Numer KRS lub innego właściwego rejestru (jeśli dotyczy):** |  |
| **REGON:** |  |
| **Forma prawna:** |  |
| **Adres strony internetowej:** |  |
| **Adres e-mail do korespondencji:** |  |
| **Adres skrzynki ePUAP:** |  |
| **Kraj:** |  |
| **Województwo:**  |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr Budynku:** |  |
| **Nr Lokalu:** |  |
| **Kod Pocztowy:** |  |
| **Osoba uprawniona do reprezentowania**  |
| **Pan/Pani** |  |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Stanowisko:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Fax:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Osoba uprawniona do kontaktów roboczych** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Telefon/Fax:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

1. **ZGODNOŚĆ DZIAŁANIA Z CELEM KONSORCJUM (0-30 pkt.)**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **DEKLAROWANY WKŁAD W REALIZACJĘ CELU KONSORCJUM (punktacja 0-30 pkt.)**
2. **ZASOBY LUDZKIE Z ODPOWIEDNIMI KWALIFIKACJAMI NIEZBĘDNYMI DO WYKONANIA PROJEKTU (0-15 pkt.)**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **INFRASTRUKTURA NIEZBĘDNA DO WYKONANIA PROJEKTU (0-15 pkt.)**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **DOŚWIADCZENIE UMOŻLIWIAJĄCE REALIZACJĘ PROJEKTU (punktacja 0-50 pkt.)**
2. **LISTA NAJWAŻNIEJSZYCH PROJEKTÓW NAUKOWYCH/ZADAŃ BADAWCZYCH Z ZAKRESU EPIDEMIOLOGII W OKRESIE 2013-2023
(z podaniem nazwy instytucji finansującej; co najmniej 10 pozycji) (0-15 pkt.)**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI BADAŃ W KIERUNKU GENOTYPOWANIA (0-15 pkt.; REALIZACJA CO NAJMNIEJ DWÓCH PROJEKTÓW NAUKOWYCH W WW. TEMACIE)**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **DOŚWIADCZENIE W REALIZACJI BADAŃ KLINICZNYCH (0-10 pkt.; REALIZACJA CO NAJMNIEJ DWÓCH PROJEKTÓW NAUKOWYCH W WW. TEMACIE)**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **PROWADZENIE DZIAŁAŃ W ZAKRESIE UPOWSZECHNIANIA WYNIKÓW BADANIA (0-10 pkt.)**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

………………………………………… ….……………………………………….

 PIECZĘĆ PODMIOTU (podpis osoby uprawnionej składającej ofertę)