Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTY**

**CZĘŚĆ A. INFORMACJE FORMALNO-PRAWNE ORAZ OŚWIADCZENIA OFERENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa jednostki zgodna z danymi KRS lub innym rejestrem |  |
| Numer NIP |  |
| REGON |  |
| Forma prawna |  |
| Adres strony internetowej |  |
| Adres e-mail do korespondencji |  |
| **Adres siedziby zgodny z rejestrem** | |
| Kraj |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| **Osoba uprawniona do reprezentowania w postępowaniu konkursowym /** **uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji** | |
| Pan/Pani |  |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Nr telefonu |  |
| Stanowisko |  |
| fax |  |
| Adres e-mail służbowy |  |
| **Osoba uprawniona do kontaktów roboczych na etapie składania wniosku do ABM** | |
| Pan/Pani |  |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Nr telefonu |  |
| Fax |  |
| Adres e-mail służbowy |  |

Oświadczam, że ….. (*pełna nazwa oferenta*):

* nie finansuje i nie ubiega się o finansowanie zadań objętych wnioskiem ze środków publicznych pochodzących z innych źródeł;
* 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;
* nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu,   
  o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 305);
* nie prowadzi działalności gospodarczej w zakresie objętym finansowaniem udzielanym przez Agencję;
* nie są prowadzone wobec podmiotu żadne postępowania sądowe, administracyjne, egzekucyjne, postępowania skarbowe lub karnoskarbowe, których wynik może mieć wpływ na realizację zadań określonych Wnioskiem o dofinansowanie;
* zapoznał się z dołączoną do ogłoszenia klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.

**CZĘŚĆ B. OPIS PODLEGAJĄCEGO OCENIE POTENCJAŁU OFERENTA**

1. **Opis zgodności działania z celem zawiązania Konsorcjum** (0-5 pkt)………………………………………………………………………………………………
2. **Deklarowany wkład w realizację celu Konsorcjum** (0-20 pkt):

a) **opis zasobów ludzkich** z odpowiednimi kwalifikacjami niezbędnymi do realizacji projektu, w tym głównego badacza realizującego Projekt po stronie Konsorcjanta (0-20 pkt), w tym osoby posiadające: 1) umiejętność wykonania izolacji oraz charakteryzacji małych pęcherzyków zewnątrzkomórkowych (MPZ); 2) umiejętność pracy z ludzkim materiałem biologicznym LMB (biopsje, krew obwodowa i jej pochodne); 3) umiejętność przygotowania próbek LMB do wykonania izolacji białek (biopsje) lub/i MPZ (surowica/osocze); 4) umiejętność wykonania analiz proteomicznych MPZ i z biopsji techniką wysokorozdzielczej spektrometrii mas; 4) umiejętność wykonania analizy danych otrzymanych metodami wysokorozdzielczej spektrometrii mas; (0-20 pkt)   
………………………………………………………………………………………………

b) **opis infrastruktury** niezbędnej do realizacji projektu, tj. Biobanku umożliwiającego długoterminowe przechowywanie materiału LMB (0-5 pkt)   
………………………………………………………………………………………………

1. **Opis doświadczeń ośrodka w zakresie** wykonania izolacji oraz charakteryzacji małych pęcherzyków zewnątrzkomórkowych (MPZ); (0-20 pkt)

………………………………………………………………………………………………

1. **Opis doświadczenia w realizacji eksperymentów badawczych oraz badań klinicznych** z podziałem na komercyjne i niekomercyjne, zweryfikowanych na podstawie ogólnodostępnych baz badań klinicznych (np. clinicaltrials.gov, EudraCT),   
   z uwzględnieniem opisu najważniejszych badań klinicznych o podobnej tematyce. W najważniejszych z nich proszę o podanie tytułu/akronimu, EudraCT, lat realizacji, kierownika projektu (0-10 pkt.)

………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania Oferenta.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem konkursu ABM/2022/3 i akceptuję w całości jego warunki.

Akceptuję treść załączonej umowy konsorcjum wraz z oświadczeniem o kwalifikowalności VAT.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

Data i podpis elektroniczny osoby upoważnionej do reprezentowania jednostki zgodnie z dokumentami rejestrowymi