

Wzór Wniosku o dofinansowanie

Zakładka: „Metryka wniosku”

| | |
|-------------------------------------|--------------------|
| Numer naboru | |
| Numer wniosku | |
| Data złożenia wniosku | |
| Nazwa projektu | |
| Wnioskodawca | |
| Planowany okres realizacji projektu | Data od Data do |
| Partnerzy | |
| Status wniosku | |
| Typ projektu | |

Zakładka I „Lider i Partnerzy”

| | |
|--------------------------------|------------------------|
| Sponsor badania (Lider) | Nazwa sekcji |
| Typ Wnioskodawcy | |
| Pełna nazwa | |
| Pełna nazwa- Inne | |
| NIP | |
| REGON | |
| Forma prawna: | |
| Adres strony internetowej | |
| Adres e-mail do korespondencji | |
| Adres: | Nazwa podsekcji |
| ulica | |
| nr budynku | |
| nr lokalu | |
| kod pocztowy | |
| miejsowość | |
| gmina | |
| powiat | |

| | |
|--|-----------------|
| województwo | |
| Osoba uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji | Nazwa podsekcji |
| Imię i nazwisko: | |
| Stanowisko: | |
| Telefon | |
| Fax | |
| Adres e-mail | |
| Osoba uprawniona do kontaktów roboczych | Nazwa podsekcji |
| Czy jest to osoba wskazana jako uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji? | |
| Imię i nazwisko: | |
| Stanowisko: | |
| Telefon | |

| | |
|--------------|--|
| Fax | |
| Adres e-mail | |

| | |
|--|-----------------|
| Przychody Lidera za poprzedni rok obrotowy | Nazwa podsekcji |
| Wartość (w mln PLN) | |
| Rok | |

| | |
|--|-----------------|
| Całkowita liczba pracowników zatrudnionych na etat (liczba osób zatrudnionych w poprzednim roku) | Nazwa podsekcji |
| Wartość | |
| Rok | |

| | |
|---|-----------------|
| Całkowita liczba pracowników zatrudnionych na umowy cywilnoprawne (liczba osób zatrudnionych w poprzednim roku) | Nazwa podsekcji |
| Wartość | |
| Rok | |

Potencjał medyczny i naukowy

Potencjał naukowy podmiotu w zakresie prowadzonych badań klinicznych komercyjnych i niekomercyjnych (m.in. należy wskazać liczbę osób wraz z określeniem stopni naukowych z doświadczeniem w prowadzeniu badań klinicznych, liczbę przeprowadzonych badań z podziałem na komercyjne i niekomercyjne)

Potencjał Lidera w zakresie prowadzenia badań w obszarze Terapii adoptywnych oraz prowadzenia badań klinicznych komercyjnych i niekomercyjnych. Proszę opisać m.in.

- prowadzone badania naukowe w obszarze rozwoju Terapii adoptywnych, immunologii oraz onkologii;
- liczbę rocznie prowadzonych przeszczepów komórek krwiotwórczych (jeśli dotyczy), wraz z odniesieniem do danych potwierdzających tą wartość;
- liczbę przeprowadzonych badań klinicznych z podziałem na komercyjne i niekomercyjne;
- liczbę pracowników z doświadczeniem w prowadzeniu badań klinicznych wraz z określeniem stopni naukowych;
- podać liczbę pracowników dysponujących specjalistyczną wiedzą, którzy są zatrudnieni przez Lidera i są przydzieleni do realizacji niniejszego Projektu
- czy Lider posiada wyspecjalizowaną komórkę zajmującą się organizacją i zarządzaniem badaniami klinicznymi.

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 20 000 znaków

Potencjał Lidera w odniesieniu do jego zdolności technicznej, finansowej i administracyjnej

Potencjał techniczny

Potencjał techniczny (należy przedstawić min.: posiadaną specjalistyczną infrastrukturę, aparaturę medyczną oraz badawczą, która jest istotna do osiągnięcia celów projektu).

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Potencjał finansowy

Potencjał finansowy (należy wykazać, że Lider odpowiedzialny za realizację Projektu jest w stanie zagwarantować płynność finansową w zakresie finansowania realizowanych przez siebie zadań Projektu w celu zapewnienia jego odpowiedniej realizacji i dalszego funkcjonowania). W opisie należy uwzględnić wysokość aktualnych zobowiązań finansowych.

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 1 700 znaków

Potencjał administracyjny

Potencjał administracyjny (wykazać przygotowanie operacyjne i administracyjne Lidera do realizacji Projektów finansowanych ze środków publicznych lub innych środków poprzez wskazanie, jakie projekty były realizowane przez dany Podmiot. Należy wykazać zdolność Podmiotu do operacyjnego zarządzania Projektem lub przydzielonymi zadaniami wskazując min.:

- czy Lider wdrożył Standardowe Procedury Operacyjne,
- czy posiada wyspecjalizowaną komórkę obsługującą projekty zewnętrzne etc.,
- w jaki sposób będzie realizowane zarządzanie operacyjne Projektem,
- kompetencje pracowników dedykowanych do administrowania Projektem).

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 1 700 znaków

Menadżer administracyjny Projektu

Menadżer administracyjny Projektu (należy opisać: imię i nazwisko i doświadczenie zawodowe Menadżera administracyjnego Projektu, który będzie zarządzał projektem z ramienia Wnioskodawcy)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 1700 znaków

| | |
|------------------|--------------|
| Partnerzy | Nazwa sekcji |
|------------------|--------------|

| | |
|--|---|
| | Minimalna liczba Partnerów w projekcie – 5, z uwzględnieniem wymaganych ról w projekcie |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | Dla każdego Partnera, powtarzane są pola z sekcji I.A. |
|--|--|

| | |
|--|-----------------|
| Pełna nazwa | |
| Pełna nazwa- Inne | |
| Rola Partnera w Projekcie zgodnie z Regulaminem konkursu | |
| NIP | |
| REGON | |
| Forma prawna | |
| Adres strony internetowej | |
| Adres e-mail do korespondencji | |
| Adres: | Nazwa podsekcji |
| kraj | |
| ulica | |
| nr budynku | |

| | |
|---|-----------------|
| nr lokalu | |
| kod pocztowy | |
| miejsowość | |
| gmina | |
| powiat | |
| województwo | |
| Osoba uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji | Nazwa podsekcji |
| Imię i nazwisko: | |
| Stanowisko: | |
| Telefon | |
| Fax | |
| Adres e-mail | |

| | |
|---|-----------------|
| Osoba uprawniona do kontaktów roboczych | Nazwa podsekcji |
| Czy jest to osoba wskazana, jako uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji? | |
| Imię i nazwisko: | |
| Stanowisko: | |
| Telefon | |
| Fax | |
| Adres e-mail | |

Nazwa podsekcji

Potencjał medyczny i naukowy

Potencjał Partnera w zakresie prowadzenia badań w obszarze Terapii adoptywnych oraz prowadzenia badań klinicznych komercyjnych i niekomercyjnych (należy opisać m.in.:

- prowadzone badania naukowe w obszarze rozwoju Terapii adoptywnych, immunologii oraz onkologii,

- liczbę rocznie prowadzonych przeszczepów komórek krwiotwórczych (jeśli dotyczy), wraz z odniesieniem do danych potwierdzających tą wartość,
- liczbę przeprowadzonych badań klinicznych z podziałem na komercyjne i niekomercyjne,
- liczbę osób z doświadczeniem w prowadzeniu badań klinicznych wraz z określeniem stopni naukowych,
- podać liczbę pracowników dysponujących specjalistyczną wiedzą, którzy są zatrudnieni przez Partnera i są przydzieleni do realizacji niniejszego Projektu,
- czy Partner posiada wyspecjalizowaną komórkę zajmującą się organizacją i zarządzaniem badaniami klinicznymi)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Nazwa podsekcji

Potencjał Partnera w odniesieniu do jego zdolności technicznej, finansowej i administracyjnej

Potencjał techniczny

Potencjał techniczny (należy przedstawić min.: posiadaną specjalistyczną infrastrukturę, aparaturę medyczną oraz badawczą, która jest istotna do osiągnięcia celów projektu)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Potencjał finansowy

Potencjał finansowy (należy wykazać, że Partner odpowiedzialny za realizację Projektu jest w stanie zagwarantować płynność finansową w zakresie finansowania realizowanych przez siebie zadań Projektu w celu zapewnienia jego odpowiedniej realizacji i dalszego funkcjonowania). W opisie należy uwzględnić wysokość aktualnych zobowiązań finansowych.

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 1 700 znaków

Potencjał administracyjny

Potencjał administracyjny (należy wykazać przygotowanie operacyjne i administracyjne Partnera do realizacji projektów finansowanych ze środków publicznych lub innych środków poprzez wskazanie, jakie projekty były realizowane przez dany Podmiot. Należy wykazać zdolność Podmiotu do operacyjnego zarządzania Projektem lub przydzielonymi zadaniami wskazując min.:

- czy Partner wdrożył Standardowe Procedury Operacyjne,
- czy posiada wyspecjalizowaną komórkę obsługującą projekty zewnętrzne etc.,
- w jaki sposób będzie realizowane zarządzanie operacyjne projektem,
- kompetencje pracowników dedykowanych do administrowania Projektem)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 1 700 znaków

II.A. Projekt - dane ogólne

Dane ogólne

Nazwa Projektu

(Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 500 znaków)

Czy Projekt jest składany do ABM ponownie?

(Wartości do wyboru: TAK/NIE, pole obowiązkowe)

- Nr Konkursu, w którym poprzednio złożono Projekt
(pole pojawia się po wybraniu opcji TAK w pytaniu II.A.2 ; pole tekstowe, obowiązkowe; format zgodny z polem „Numer konkursu, w ramach którego składany jest wniosek”)
- Nr poprzednio złożonego Wniosku o dofinansowanie
(pole pojawia się po wybraniu opcji TAK w pytaniu II.A.2; pole tekstowe, obowiązkowe; format zgodny z polem „numer projektu”)

Streszczenie popularnonaukowe Projektu (w jęz. polskim)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Streszczenie popularnonaukowe Projektu (w jęz. angielskim)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Zasięg terytorialny (lokalizacja Projektu)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Klasyfikacja projektu wg OECD

Zakładka II.B. Projekt - część merytoryczna

Nazwa sekcji

Analiza proponowanej Terapii adoptywnej

Nazwa podsekcji

Krótki opis badania wg kryteriów PICOS (ang. population, intervention, comparison, outcome, study):

Nazwa pod-podsekcji.

P – populacja, w której planowane jest zastosowanie Terapii adoptywnej

Pole tekstowe, Max. 5 000 znaków, pole obowiązkowe

I – proponowana interwencja w ramach opracowanej Terapii (zgodnie z kodami ICD-9-CM i ICD-10)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków.

Możliwość dodania więcej niż jednego pola.

C – proponowane komparatory (leki porównawcze)

Pole tekstowe, obowiązkowe max. 10 000 znaków

O – efekty zdrowotne proponowanej Terapii adoptywnej, czyli punkty końcowe, względem których oceniana będzie efektywność kliniczna (działania niepożądane opisane kodami ICD-9-CM i ICD-10)

Pole tekstowe, obowiązkowe max. 10 000 znaków

S – rodzaj włączanych procedur medycznych (działania opisane kodami ICD-9-CM i ICD-10. Należy wskazać rodzaj planowanych procedur oraz ich częstotliwość)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Problem zdrowotny, który ma zostać zaadresowany przez proponowaną Terapię CAR/CAR-T

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Wybór populacji docelowej (należy określić i uzasadnić wybór jednej lub kilku populacji pacjentów planowanych do objęcia Terapią CAR/CAR-T z podziałem na pacjentów planowanych do objęcia leczeniem terapiami komercyjnie dostępnymi i tych planowanych do leczenia terapią opracowaną w ramach Projektu)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Opis proponowanej interwencji

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Schemat oceny chorego

- a. Badanie wejściowe
- b. Ocena w trakcie leczenia
- c. Zakończenie leczenia
- d. Monitorowanie stanu pacjenta po zastosowaniu Terapii adoptywnej

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Czas trwania leczenia

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Leczenie towarzyszące (dodatkowe leczenie niezbędne do przeprowadzenia badania)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Kryteria wykluczenia pacjenta z badania

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Oczekiwane efekty zdrowotne (możliwie dokładna analiza krótko i długookresowa w porównaniu do obecnego standardu leczenia)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Procedura randomizacji oraz przydziału do grup terapeutycznych

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Główny badacz (imię i nazwisko, opis doświadczenia zawodowego Głównego badacza planowanego badania klinicznego terapii adoptywnej CAR/CAR-T)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Czas trwania badania i możliwość wcześniejszego zakończenia badania (w miesiącach)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Opis i liczba ośrodków planowanych do włączenia do planowanego badania klinicznego (należy opisać liczbę ośrodków, ich potencjał techniczny, wyposażenie, doświadczenie personelu, itp.)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Ocena bezpieczeństwa i identyfikacja ryzyka (analiza możliwego ryzyka dla projektowanego badania klinicznego opracowanej Terapii CAR/CAR-T. Analiza ryzyka dla pacjentów włączonych do badania klinicznego uruchomionego dla proponowanej Terapii CAR/CAR-T. Dokładny opis procedury identyfikacji, zgłaszania i oceny bezpieczeństwa pacjentów w badaniu.)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 7 000 znaków

Analiza kliniczna

Nazwa podsekcji

Opis aktualnej wiedzy naukowej i klinicznej w zakresie projektowanego badania (evidence based medicine)

Opis najważniejszych doniesień stanowiących podstawę dla proponowanego Projektu.

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 15 000 znaków

Ocena bezpieczeństwa i identyfikacja ryzyka (opis procedury identyfikacji, zgłaszania i oceny bezpieczeństwa pacjenta w badaniu)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 7 000 znaków

Analiza ekonomiczna

Porównanie proponowanej Terapii adoptywnej pod względem kosztów i wyników zdrowotnych z odpowiednimi komparatorami stosowanymi w standardowym leczeniu (szczegółowa analiza ekonomiczna powinna być oparta na aktualnych danych rynkowych oraz na prognozach rozwoju Terapii adoptywnych. Opis powinien przedstawić korzyści ekonomiczne płynące ze stosowania proponowanej Terapii adoptywnej CAR/CAR-T w odniesieniu do kosztów)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 7 000 znaków

Analiza wpływu planowanej Terapii adoptywnej CAR/CAR-T na system ochrony zdrowia (analiza powinna zawierać opis aktualnego stanu systemu ochrony zdrowia w obszarze terapeutycznym, w którym planowane jest użycie proponowanej Terapii CAR/CAR-T oraz wykazanie jaki wpływ będzie mieć opracowywana terapia na zmiany w systemie ochrony zdrowia)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 7 000 znaków

Aspekty etyczne, społeczne, prawne prowadzonego badania

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Opis wartości naukowej Projektu (Należy opisać wartość naukową zarówno wątku głównego Projektu celującego w opracowanie Terapii CAR/CAR-T. Należy opisać również planowane kierunki rozwoju badań nad możliwością zastosowania technologii CAR/CAR-T w leczeniu innych schorzeń)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Opis wpływu Projektu na poprawę zdrowia obywateli, w tym na

- ratowanie życia i uzyskanie pełnego wyzdrowienia;
- ratowanie życia i uzyskanie poprawy stanu zdrowia;
- zapobiegania przedwczesnemu zgonowi;
- poprawę jakości życia

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Opis innowacyjności Projektu

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Opis możliwości zastosowania wyników Projektu w systemie ochrony zdrowia

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Opis możliwości zastosowania wyników Projektu w systemie ochrony zdrowia z uwzględnieniem planu utworzenia polskiej Sieci placówek zdrowotnych zdolnej do zarządzania technologią CAR/CAR-T (należy opisać obszar systemu ochrony zdrowia, który najbardziej skorzysta z wdrożenia proponowanej Terapii adoptywnej. Należy opisać plan utworzenia Sieci placówek zdrowotnych zajmującej się zarządzaniem i prowadzeniem Terapii adoptywnej z wykorzystaniem komórek CAR/CAR-T)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 7 000 znaków

Analiza procesowa

Opis proponowanego procesu technologicznego związanego z przygotowaniem komórek CAR/CAR-T, włącznie z podaniem lokalizacji geograficznej poszczególnych elementów procesu (należy opisać cały proces technologiczny związany z przygotowaniem komórek CAR/CAR-T, z uwzględnieniem lokalizacji geograficznej poszczególnych etapów produkcji. Należy opisać procedury kontroli jakości w trakcie całego procesu od pozyskania materiału, produkcji i transportu preparatów do podania, które zapewnią wysoką jakość i bezpieczeństwo terapii CAR/CAR-T. Należy określić działania mające na celu skrócenie średniego czasu pomiędzy aferezą a podaniem preparatu CAR/CAR-T)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków

Opis planu uzyskania zgód i certyfikatów dla procesu wytwarzania preparatów komórek CAR/CAR-T celem ich stosowania w terapii

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 7 000 znaków

Opis planu wdrożenia programu szkolenia ośrodków i personelu podających Terapie CAR/CAR-T (należy opisać plan opracowania i wdrożenia programu szkolenia ośrodków i personelu medycznego zaangażowanego w leczenie pacjentów z wykorzystaniem komórek CAR/CAR-T, którego celem będzie zapewnienie bezpieczeństwa terapii oraz jej optymalizacja procesowa, oraz przygotowywanie nowych ośrodków chcących rozpocząć oferowanie Terapii CAR/CAR-T)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

Opis systemu zarządzania własnością intelektualną wytworzoną w ramach projektu (należy opisać proces zarządzania własnością intelektualną wytworzoną przez wszystkich Partnerów w ramach niniejszego projektu od identyfikacji potencjalnego wynalazku do uzyskania jego ochrony patentowej. Opisać kompetencje i doświadczenie osób odpowiedzialnych za zarządzanie własnością intelektualną. Należy również wskazać zasady zarządzania własnością intelektualną po zakończeniu projektu)

Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 5 000 znaków

| |
|--|
| |
|--|

| Wskaźniki | Nazwa podsekcji |
|-----------|-----------------|
|-----------|-----------------|

Liczba niekomercyjnych badań klinicznych zarejestrowanych w ramach Projektu

Liczba osób objętych badaniami (liczebność populacji objętej interwencją)

Liczba podmiotów leczniczych, w których będzie prowadzone badanie kliniczne

Inne wskaźniki wyznaczone przez Wnioskodawcę

II.C. Projekt - harmonogram realizacji

| | | |
|--|---|--|
| | W tej części proszę zawrzeć działania projektowe. Można | |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>dodać maksymalnie 10 zadań, w tym 8 zadań obligatoryjnych wskazanych w Regulaminie konkursu.</p> <p>Moduł ten ma formę tabeli, którą należy wypełnić. Konieczne jest dodawanie kolejnych pozycji, dla każdego zadania oddzielnie.</p> | |
| | Lista zadań | |
| | Zadanie nr | Numer zadania uzupełniany automatycznie kolejną liczbą całkowitą rozpoczynając od 1, np. „Zadanie nr 1”, „Zadanie nr 2” itd. Pole obowiązkowe. |
| | Nazwa zadania | Pole tekstowe, obowiązkowe, max. 10 000 znaków. |
| | Początek okresu realizacji zadania | |
| | Zakończenie okresu realizacji zadania | |
| | Nazwa Konsorcjanta odpowiedzialnego za realizację zadania | |
| | Opis zadania | max. 5000 znaków |

| | | |
|--|------------------------|--|
| | Harmonogram realizacji | Nazwa sekcji. W sekcji znajduje się tabela przedstawiona niżej. |
|--|------------------------|--|

| Zadanie / termin realizacji | [Rok] | [Rok] | [Rok] | [Rok] | [Rok] | [Rok] | [Rok] |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Zadanie nr [nr zadania]: [nazwa zadania] | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Kwartał I/Rok | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym-pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym-pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym-pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym-pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym-pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym-pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym-pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X |
| Kwartał II/Rok | jw. | jw. | jw. | jw. | jw. | jw. | jw. |
| Kwartał III/Rok | jw. | jw. | jw. | jw. | jw. | jw. | jw. |
| Kwartał IV/Rok | jw. | jw. | jw. | jw. | jw. | jw. | jw. |

III. Budżet szczegółowy Projektu

| Informacje ogólne | Nazwa sekcji |
|-------------------|--------------|
|-------------------|--------------|

| | |
|---|---|
| <p>W poniższej części wniosku należy określić planowane koszty dla każdego zdefiniowanego wcześniej zadania.</p> <p>Jeżeli dane zadanie nie wymaga kosztów, można usunąć wpis przy danym zadaniu.</p> <p>Jeżeli dane zadanie wiąże się z większą ilością kosztów, można dodać kolejne wiersze przy danym zadaniu.</p> <p>Dla podawanego kosztu należy podać:</p> <p>Nazwę kosztu</p> <p>Kategorię kosztu</p> <p>Stawkę/cenę jednostkową</p> <p>Jednostkę miary - pole określające jednostkę miary danego kosztu (np. godzina, badanie, sztuka)</p> <p>Liczbę - pole określające liczbę wystąpień danego kosztu</p> <p>Opis sposobu kalkulacji kosztu - należy opisać, w jaki sposób dokonano kalkulacji</p> | <p>Tekst informacyjny, nieedytowalny.</p> |
|---|---|

Informację jak koszt dzieli się na poszczególne lata realizacji projektu - całkowity koszt zadania należy podzielić na poszczególne przedziały czasowe. Dla przedziałów, w których nie będą ponoszone koszty, należy wprowadzić 0.

Prosimy zwrócić uwagę, aby planowane wydatki znalazły uzasadnienie w przedstawionym harmonogramie działań/zadań w Projekcie.

Opis sposobu kalkulacji kosztu powinien odnosić się do wartości podanych w polach: stawka/cena jednostkowa, jednostka miary, liczba, koszt całkowity pozycji. Prosimy o precyzyjny opis sposobu kalkulacji.

W przypadku wskazania kosztu „Zakup sprzętu medycznego” i wyboru jednostki miary „Zestaw”, w opisie sposobu kalkulacji należy wymienić składowe zestawu. Można dodać maksymalnie 10 zadań oraz maksymalnie (łącznie dla wszystkich zadań) 100 pozycji kosztowych.

| | |
|--|---|
| Kalkulacja kosztów zadań w Projekcie | Nazwa sekcji |
| Budżet zadania | Nazwa podsekcji. Pola powtarzalne dla każdego zadania |
| Zadanie nr [numer zadania]: [Nazwa zadania] | Pole nieedytowalne, wartość wpisywania automatycznie. |
| + | Podsekcja dla każdej pozycji kosztowej w zadaniu. Możliwość dodania kolejnej pozycji kosztowej za pomocą znaku „+” |
| Lp. | Numer pozycji uzupełniany automatycznie kolejną liczbą całkowitą rozpoczynając od 1. |
| Nazwa kosztu | Pole tekstowe, obowiązkowe, maks. 100 znaków |

| | |
|---------------|---|
| Grupa kosztów | <p>Lista rozwijana zgodnie ze słownikiem kosztów</p> <ul style="list-style-type: none">• koszty infrastruktury badawczej – max. do 30% wartości Projektu;• koszty procedury opracowania oraz wytworzenia Terapii CAR/CAR-T – max. do 65% wartości projektu;• koszty procedur medycznych związanych z prowadzeniem badań klinicznych – max. do 35% wartości Projektu;• koszty ubezpieczenia badania klinicznego – max. 2% wartości projektu;• koszty administracyjne i zarządzania Projektem – max. 5% wartości projektu;• inne – do tej grupy należy zaklasyfikować koszty, które nie zostały przypisane do żadnej z powyższych grup - max. 10% wartości Projektu. |
|---------------|---|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <p>Kategoria kosztu</p> | <p>Pole obowiązkowe, jednokrotnego wyboru. Wartości do wyboru:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wynagrodzenie (umowa o pracę) 2. Wynagrodzenie (umowa zlecenie) 3. Koszty wynagrodzenia (umowa o dzieło) 4. Koszty wynagrodzenia (dodatek do wynagrodzenia) 5. Usługa medyczna 6. Lek 7. Inne 8. Usługa zewnętrzna inna niż medyczna 9. Koszty ubezpieczenia 10. Koszty opłat urzędowych 11. Zaangażowanie CRO 12. Zakup sprzętu medycznego 13. Wyrób medyczny 14. Infrastruktura badawcza 15. Odczynniki naukowe i półprodukty do wytwarzania 16. Modernizacja / Adaptacja pomieszczeń 17. Systemy i oprogramowanie <p>Pole obowiązkowe. Wartości do wyboru zależą od wskazanej kategorii kosztu. Jeżeli w ramach danej kategorii występuje tylko jedna jednostka miary do wyboru, jest ona automatycznie wprowadzona do pola.</p> |
| <p>Instytucja, do której przyporządkowana jest pozycja kosztowa (Lider/Partner)</p> | <p>Pole jednokrotnego wyboru. Lista zawiera nazwę Lidera/ Partnera zdefiniowanych we wniosku. Pole obowiązkowe.</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| Stawka/cena jednostkowa) | Pole do wprowadzenia ceny (liczby dziesiętnej). Pole obowiązkowe. |
|--------------------------|--|

| | |
|------------------------|--|
| <p>Jednostka miary</p> | <p>Dostępne jednostki miary w podziale na kategorie kosztów</p> <p>Wynagrodzenie (umowa o pracę)- jednostka miary: miesiąc</p> <p>Wynagrodzenie (umowa zlecenie) - jednostka miary: godzina</p> <p>Koszty wynagrodzenia (umowa o dzieło)- jednostka miary: dzieło</p> <p>Koszty wynagrodzenia (umowa o dzieło)- jednostka miary: godzina</p> <p>Koszty wynagrodzenia (dodatek do wynagrodzenia)- jednostka miary: miesiąc</p> <p>Usługa medyczna- jednostka miary: badanie</p> <p>Lek- jednostka miary: opakowanie</p> <p>Lek- jednostka miary: dawka</p> <p>Inne- jednostka miary: inne</p> <p>Usługa zewnętrzna inna niż medyczna- jednostka miary: usługa</p> <p>Koszty ubezpieczenia- jednostka miary: polisa</p> <p>Koszty opłat urzędowych- jednostka miary: inne</p> <p>Koszty opłat urzędowych- jednostka miary: liczba opłat</p> <p>Zaangażowanie CRO- jednostka miary: usługa</p> <p>Zakup sprzętu medycznego- jednostka miary: sztuka</p> <p>Zakup sprzętu medycznego- jednostka miary: zestaw</p> <p>Wyrób medyczny- jednostka miary: sztuka</p> |
|------------------------|--|

| | |
|--|--|
| | <p>Infrastruktura badawcza- jednostka miary: sztuka</p> <p>Infrastruktura badawcza- jednostka miary: zestaw</p> <p>Odczynniki naukowe i półprodukty do wytwarzania- jednostka miary: sztuka</p> <p>Odczynniki naukowe i półprodukty do wytwarzania- jednostka miary: opakowanie</p> <p>Odczynniki naukowe i półprodukty do wytwarzania- jednostka miary: inne</p> <p>Modernizacja / Adaptacja pomieszczeń- jednostka miary: usługa</p> <p>Systemy i oprogramowanie- jednostka miary: sztuka</p> <p>Systemy i oprogramowanie- jednostka miary: usługa</p> <p>Systemy i oprogramowanie- jednostka miary: licencja</p> <p>Systemy i oprogramowanie- jednostka miary: inne</p> <p>(brak wartości domyślnej, pole tekstowe, obowiązkowe, maks. 20 znaków)</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| Liczba | Pole do wprowadzenia liczby dziesiętnej. Pole obowiązkowe. |
| Opis sposobu kalkulacji kosztu | Pole tekstowe, obowiązkowe, maks. 500 znaków. |
| Koszt całkowity pozycji (PLN) | Pole wypełniane automatycznie, nieedytowalne. Wynik działania [Koszt jednostkowy] * [Liczba] |
| Koszt w podziale na lata | Nazwa podsekcji. |
| Proszę podać koszt całkowity pozycji w podziale na lata. | Tekst stały, nieedytowalny. |

[Przedział czasowy]

Nazwa pola: Stawka/cena jedn. Wypełniania automatycznie na podstawie informacji stawka cena jednostkowa wskazana powyżej dla poszczególnych lat (zgodnie z informacjami wskazanymi w ramach II.C. Projekt - harmonogram realizacji)
Nazwa pola: Liczba – pole edytowalne, suma kosztów w poszczególnych latach musi być równa z wartością w polu "Liczba"
Suma wartości wpisanych w pola poszczególnych przedziałów czasowych musi być równa wartości w polu „Koszt całkowity pozycji (PLN)”.
Suma kosztów w poszczególnych latach musi być równa z kwotą w polu 'Koszt całkowity pozycji (PLN)'

Proszę podać koszt całkowity pozycji w podziale na lata.

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stawka/cena jedn. | Liczba | Całkowity koszt | Stawka/cena jedn. | Liczba | Całkowity koszt |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stawka/cena jedn. | Liczba | Całkowity koszt | Stawka/cena jedn. | Liczba | Całkowity koszt |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stawka/cena jedn. | Liczba | Całkowity koszt | Stawka/cena jedn. | Liczba | Całkowity koszt |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Stawka/cena jedn. | Liczba | Całkowity koszt | Stawka/cena jedn. | Liczba | Całkowity koszt |

Przykładowe rozłożenie pól:

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | | |
|--|-------------------------------|---|
| | Koszt całkowity pozycji (PLN) | Pole nieedytowalne wypełniane na podstawie wartości wpisanych w części Budżet szczegółowy Projektu. Suma kosztów w poszczególnych latach musi być równa z kwotą w polu 'Koszt całkowity pozycji (PLN)' |
|--|-------------------------------|---|

| | |
|---|--|
| Całkowity budżet Projektu w układzie zadaniowym | Nazwa sekcji. W sekcji znajduje się tabela przedstawiona niżej. |
|---|--|

| Zadanie (Zgodnie z zadaniami z budżetu szczegółowego projektu) | Lider (PLN) | Partner (PLN) | Razem (PLN) |
|--|--|--|---|
| Zadanie (Zgodnie z zadaniami z budżetu szczegółowego projektu) Pole nieedytowalne | [suma kosztów przydzielonych do Lidera dla wskazanej kategorii kosztu ze wszystkich zadań] | [suma kosztów przydzielonych do wszystkich Partnerów dla wskazanej kategorii kosztu ze wszystkich zadań] | [suma wartości z kolumn „Lider” i „Partner” danego wiersza] |
| Zadanie nr 1 | jw. | jw. | jw. |
| Zadanie nr 2 | jw. | jw. | jw. |

| | |
|-------------|-------------------------------------|
| Suma (PLN): | [Suma wartości z powyższych kolumn] |
|-------------|-------------------------------------|

| | |
|---|--|
| Całkowity budżet Projektu w podziale na grupy kosztów | Nazwa sekcji. W sekcji znajduje się tabela przedstawiona niżej. |
|---|--|

| Kategoria (zgodnie z kategoriami kosztów z budżetu szczegółowego projektu) | Grupa - koszty infrastruktury badawczej | Koszty procedury opracowania oraz wytworzenia Terapii CAR/CAR-T | Koszty procedur medycznych związanych z prowadzeniem badań klinicznych | Koszty ubezpieczenia badania klinicznego | Koszty administracyjne i zarządzania projektem | Inne |
|--|---|--|--|--|---|---|
| Kategoria (zgodnie z kategoriami kosztów z budżetu szczegółowego projektu) Pole nieedytowalne | [suma kosztów przydzielonych do grupy kosztów infrastruktury badawczej dla wskazanej kategorii kosztów] | [suma kosztów przydzielonych do grupy kosztów procedury opracowania oraz wytworzenia Terapii CAR/CAR-T dla wskazanej | [suma kosztów przydzielonych do grupy kosztów procedur medycznych związanych z prowadzeniem badań klinicznych] | [suma kosztów przydzielonych do grupy kosztów ubezpieczenia badania klinicznego] | [suma kosztów przydzielonych do grupy kosztów infrastruktury badawczej dla wskazanej kategorii kosztów] | [suma kosztów przydzielonych do grupy inne dla wskazanej kategorii kosztów] |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------|--|--|--|--|
| | | kategorii kosztów] | | | | |
| Wynagrodzenie (umowa o pracę) | | | | | | |
| Wynagrodzenie (umowa zlecenie) | | | | | | |
| | | | | | | |
| Modernizacja / Adaptacja pomieszczeń | | | | | | |
| Systemy i oprogramowanie | | | | | | |
| Suma (PLN): | | | | | | |
| | | | | | | |

Całkowity koszt Projektu (PLN)

Podsekcja

Całkowity koszt Projektu (PLN)

Poziom dofinansowania

Podsekcja

Wnioskowane dofinansowanie (PLN)

IV. Załączniki

Załączniki obowiązkowe – do załączenia w postaci pliku pdf:

1. Dokument potwierdzający upoważnienie do podejmowania decyzji wiążącej,
2. Umowa konsorcjum podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez Lidera oraz wszystkich Partnerów,
3. CV Głównego badacza,
4. CV Menadżera administracyjnego Projektu.

Załączniki nieobowiązkowe – do załączenia w postaci pliku pdf (maksymalnie 15)

1. Projekt umowy na realizację badania klinicznego (Sponsor, Badacz, Ośrodek)
2. Inne załączniki
(Pole nieobowiązkowe. Dozwolone pliki w formacie PDF, maks. rozmiar plików 2 MB. Możliwość dodania załączników. Pod polem pojawia się informacja: „Dozwolony format załączników to .pdf; maksymalny rozmiar załącznika 2 MB“.)

Załącznik: „VI. Oświadczenia”

1. Oświadczam, że Lider i Konsorcjanci nie finansują i nie ubiegają się o finansowanie zadań objętych wnioskiem ze środków publicznych pochodzących z innych źródeł.
2. Oświadczam, że została skutecznie zawarta umowa konsorcjum, o treści zgodnej z wytycznymi zawartymi w Minimalnym zakresie regulacji umowy konsorcjum dla niniejszego Konkursu, które stanowią załącznik nr 5 do Regulaminu.
3. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym Wniosku o dofinansowanie są zgodne z prawdą.
4. Oświadczam, że Wniosek o dofinansowanie nie narusza praw osób trzecich i brak jest przeszkód prawnych do złożenia Wniosku oraz realizacji Projektu zgodnie z Wnioskiem o dofinansowanie w szczególności, oświadczam, że nie zostały zawarte jakiegokolwiek inne porozumienia lub umowy z zastrzeżeniem umowy konsorcjum, które uniemożliwiłyby lub ograniczałyby udział Lidera i Konsorcjantów w Projekcie objętym Wnioskiem o dofinansowanie.

5. Oświadczam, że Lider i Konsorcjanci nie zalegają 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.
6. Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania Wnioskodawcy w zakresie objętym Wnioskiem o dofinansowanie i złożenia niniejszego Wniosku na rzecz i w imieniu Lidera jak i wszystkich Konsorcjantów.
7. Oświadczam, że Lider i Konsorcjanci nie podlegają 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 (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.).
8. Oświadczam, że nie są prowadzone wobec żadnego z członków Konsorcjum postępowania sądowe, administracyjne, egzekucyjne, postępowania skarbowe lub karnoskarbowe, których wynik może mieć wpływ na realizację zadań określonych Wnioskiem o dofinansowanie.
9. Oświadczam, że projekt jest zgodny z właściwymi przepisami prawa unijnego i krajowego, w tym dotyczącymi zamówień publicznych oraz pomocy publicznej.
10. Jestem świadomy, że treść niniejszego Wniosku o dofinansowanie wraz z jego załącznikami może być udostępniana innym instytucjom oraz ekspertom dokonującym oceny, ewaluacji i kontroli oraz zobowiązuję się brać udział w badaniach ewaluacyjnych mających na celu ocenę Programu.
11. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.
12. Oświadczam, że badanie ma charakter niekomercyjny i jego wyniki nie zostaną wykorzystane w celu uzyskania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego, dokonania zmian w istniejącym pozwoleniu lub w celach marketingowych.
13. Oświadczam że Lider i Konsorcjanci zapoznali się z Regulaminem i akceptują w całości jego warunki, w tym akceptują w całości treść umowy o dofinansowanie, która stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu.
14. Oświadczam, że Lider i Konsorcjanci zapoznali się z klauzulą informacyjną („Klauzula informacyjna dla Wnioskodawcy”) oraz zobowiązują się w imieniu Administratora danych osobowych (Prezesa Agencji Badań Medycznych) do spełnienia obowiązku informacyjnego wobec osób, których dane są zawarte we Wniosku o dofinansowanie („Klauzula informacyjna dla osób fizycznych wskazanych przez Wnioskodawcę we wniosku”).
15. Oświadczam, że Lider i Partnerzy nie prowadzą działalności gospodarczej w zakresie objętym finansowaniem udzielanym przez Agencję.

16. W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie objętym finansowaniem udzielanym przez Agencję Lider i Partnerzy zobowiązują się, w przypadku oraz zakresie wymaganym przepisami o pomocy publicznej, do zawarcia z Agencją dodatkowej umowy regulującej warunki udzielanego finansowania.

Klauzula informacyjna dla Wnioskodawcy

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych- RODO, (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.) informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Prezes Agencji Badań Medycznych, przy ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.
- 2) Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem - iod@abm.gov.pl.
- 3) Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu:
 - a) dokonania wszelkich czynności składających się na podjęcie działań przed zawarciem umowy, na proces zawarcia i realizacji umowy o wykonanie i finansowanie projektu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
 - b) oceny wniosku złożonego w konkursie na opracowanie polskiej terapii adoptywnej (CAR/CAR-T) z wykorzystaniem komórek immunokompetentnych modyfikowanych genetycznie, a w przypadku uzyskania dofinansowania, ewaluacji projektu, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno – promocyjnych, jego odbioru, oceny i rozliczenia finansowego, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi oraz art. 6 ust. 1 lit. c RODO i ustawy z dnia 21 lutego 2019r. o Agencji Badań Medycznych (Dz.U. 2019 poz. 447),
 - c) ochrony prawnie uzasadnionego interesu Administratora, czyli ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO.
- 4) Państwa dane osobowe mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej. Państwa dane osobowe mogą zostać udostępnione przez nas podmiotom, które obsługują systemy teleinformatyczne Administratora oraz udostępniające narzędzia teleinformatyczne, świadczące usługi kurierskie, a także instytucjom oraz ekspertom dokonującym ewaluacji i oceny.
- 5) Nie przetwarzamy Państwa danych osobowych w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.
- 6) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres oceny wniosku, a w przypadku uzyskania dofinansowania - w okresie realizacji umowy, nadzoru nad realizacją projektu, jego odbioru, oceny i rozliczenia finansowego, ewaluacji projektu, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno – promocyjnych zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji, a także do czasu

- przedawnienia ewentualnych roszczeń.
- 7) Posiadają Państwo prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
 - 8) Posiadają Państwo także prawo do wniesienia sprzeciwu.
 - 9) Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 - 10) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie będzie skutkowało brakiem możliwości dokonania oceny i wyboru wniosku dotyczącego wykonania projektu, zawarcia umowy o wykonanie projektu i jego finansowanie oraz nadzoru nad wykonaniem projektu, jego ewaluację, kontrolę, audyt, ocenę działań informacyjno-promocyjnych, odbiór, ocenę i rozliczenie finansowe.
 - 11) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/ organizacji międzynarodowej, o ile nie będą tego wymagały prawne obowiązki Administratora.

Klauzula informacyjna dla osób fizycznych wskazanych przez Wnioskodawcę we wniosku

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych- RODO, Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) informujemy, że:

- 1) Administratorem danych osobowych osób fizycznych wskazanych przez Wnioskodawcę we wniosku jest Prezes Agencji Badań Medycznych, przy ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.
- 2) Jeżeli Administrator nie uzyskał danych osobowych bezpośrednio od osób, o których mowa w ust. 1, informujemy, że dane osobowe zostały uzyskane od naszego Wnioskodawcy.
- 3) Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem - iod@abm.gov.pl.
- 4) Dane osobowe osób, o których mowa w ust. 1, będą przetwarzane przez Administratora na podstawie:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. b RODO, dokonania wszelkich czynności składających się na proces podjęcia działań przed zawarciem umowy, zawarcia i realizacji Umowy,
 - b) art. 6 ust. 1 lit. e RODO, przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi,
 - c) art. 6 ust. 1 lit. c RODO, konieczność wypełnienia obowiązków prawnych wynikających z przepisów prawa i ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz.U. poz. 447 oraz z 2020 r. poz. 567),

- d) art. 6 ust. 1 lit. f RODO, jedynie w celu i zakresie niezbędnym do wykonania zadań Administratora danych osobowych związanych, z realizacją Umowy, prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest umożliwienie prowadzenia komunikacji związanej z oceną wniosku oraz zawarciem i realizacją przedmiotu Umowy, przyjmowania i przekazywania oświadczeń woli stron Umowy, kierowania ewentualnych roszczeń, a po zakończeniu Umowy niezbędność do ustalania, dochodzenia lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami.
- 5) Dane obejmują kategorię dane zwykłe – imię, nazwisko, zajmowane stanowisko lub sprawowaną funkcję, miejsce pracy, służbowy adres email, telefon, fax, wykształcenie, stopnie naukowe, doświadczenie zawodowe.
 - 6) Dane osobowe, o których mowa w ust. 1 mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej. Dane osobowe mogą zostać udostępnione przez nas podmiotom, które obsługują systemy teleinformatyczne Administratora oraz udostępniające narzędzia teleinformatyczne lub świadczące usługi kurierskie, a także instytucjom oraz ekspertom dokonującym ewaluacji i oceny.
 - 7) W oparciu o dane osobowe osób, o których mowa w ust. 1, Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania w rozumieniu RODO.
 - 8) Dane osobowe osób, o których mowa w ust. 1, będą przetwarzane przez okres oceny wniosku, a w przypadku uzyskania dofinansowania - w okresie realizacji umowy, nadzoru nad realizacją projektu, jego odbioru, oceny i rozliczenia finansowego, ewaluacji projektu, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno – promocyjnych, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np.: z uwagi na obowiązki archiwizacyjne, przedawnienia roszczeń.
 - 9) Osobom, o których mowa w ust. 1 przysługuje prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
 - 10) Osobom, o których mowa w ust. 1 przysługuje również prawo do wniesienia sprzeciwu.
 - 11) Osobom, o których mowa w ust. 1 przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 - 12) Podanie danych osobowych, o których mowa w ust. 1, jest wymagane do oceny wniosku. Odmowa podania danych osobowych skutkuje niemożnością oceny wniosku.
 - 13) Dane osób, o których mowa w ust. 1 nie będą przekazywane do państwa trzeciego/ organizacji międzynarodowej, o ile nie będą tego wymagały prawne obowiązki Administratora.

17. Czy przedsiębiorca występuje o udzielenie pomocy publicznej?

NIE TAK

18. Czy przedsiębiorca ubiega się o zwiększenie intensywności pomocy publicznej?

NIE TAK

19. Pomoc publiczna i pomoc de minimis- opis:

| |
|--|
| |
|--|