W odpowiedzi na ogłoszenie Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie o naborze Konsorcjantów w celu wspólnego przygotowania i realizacji wieloośrodkowego badania pt. „*Machine Learning - Enhanced SEpsis Prediction to prevent further development of multimorbidity of the Intensive Care Units patients in Poland - SEPSICUPOL*, w ramach ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych Konkursu, numer naboru: ABM/2023/3, **deklaruję wolę udziału w Konsorcjum** oraz przekazuję poniższe dane, niezbędne dla określenia zakresu zgodności profilu jednostki z warunkami naboru i przewidywanymi zadaniami w ramach Projektu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Status jednostki zgodny z wymaganiami naboru nr ABM/2023/3
 | tak\* | nie |
| 1. Doświadczenie naukowe w zakresie Machine Learning/Artificial Iteligence
 | tak\* | nie |
| 1. Możliwe złożenie zabezpieczenia finansowego na 110% wartości projektu zgodnie z wymaganiami konkursu ABM/2023/3
 | tak\* | nie |
|  |  |  |

Deklarowany zakres zadań w Projekcie

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Deklarowany Zespół (kwalifikacje, doświadczenie, Kierownik zespołu)

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Potencjał naukowy kandydata

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Potencjał finansowy kandydata

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Potwierdzam zapoznanie się z warunkami naboru określnymi w dokumentacji ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych Konkursu, numer naboru: ABM/2023/3 i deklaruję gotowość realizacji Projektu zgodnie z nimi.

Jednocześnie:

Oświadczam o braku zalegania 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.

Oświadczam, że nie są prowadzone wobec kandydata postępowania sądowe, administracyjne, egzekucyjne, postępowania skarbowe lub karnoskarbowe, których wynik może mieć wpływ na realizację zadań określonych w projekcie.

Oświadczam o braku wykluczenia z możliwości otrzymania dofinansowania w ramach konkursów organizowanych przez Agencję Badań Medycznych.

Oświadczam o spełnianiu kryteriów zawartych w pkt. D.1-3. Konkursu na Konsorcjanta

……………………………………..

data, podpis

\* prosimy podkreślić właściwą odpowiedź

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskodawca – dane podstawowe**  |  |
| Pełna nazwa |  |
| Status (zgodnie z pkt 2.5 Regulaminu konkursu) |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Forma prawna |  |
| Adres strony internetowej |  |
| Adres e-mail do korespondencji |  |
| **Adres** |  |
| kraj |  |
| ulica |  |
| nr budynku |  |
| nr lokalu |  |
| kod pocztowy |  |
| miejscowość |  |
| gmina |  |
| powiat |  |
| województwo |  |
| **Osoba uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji** |  |
| Imię i nazwisko: |  |
| Stanowisko: |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| Adres e-mail |  |
| **Osoba uprawniona do kontaktów roboczych** |  |
| Imię i nazwisko: |  |
| Stanowisko: |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| Adres e-mail |  |