Załącznik nr 1 do ogłoszenia nr …………………….

**FORMULARZ OFERTY**

**w odpowiedzi na ogłoszenie o naborze ośrodków do wspólnej realizacji eksperymentu badawczego pn. „Badanie porównawcze wartości klinicznej innowacyjnych technik obrazowania całego ciała WBMR i PET/MR względem PET/CT oraz standardowej ścieżki diagnostycznej w przedoperacyjnej ocenie stadium zaawansowania zmian u chorych na raka piersi” finansowanego przez Agencję Badań Medycznych (projekt nr 2023/ABM/01/00012/P/02) przedstawiam ofertę:**

1. **DANE JEDNOSTKI**

|  |
| --- |
| **Dane podstawowe** |
| 1 | Nazwa podmiotu |  |
| 2 | Forma organizacyjna |  |
| 3 | NIP |  |
| 4 | REGON |  |
| 5 | Adres siedziby |  |
| 6 | Adres poczty elektronicznej |  |
| 7 | Adres strony internetowej |  |
| **Osoba uprawniona do reprezentacji** |
| 8 | Imię i nazwisko, nr telefonu, adres poczty elektronicznej |  |
| **Dane osoby do kontaktu** |
| 9 | Imię i nazwisko, nr telefonu, adres poczty elektronicznej |  |

**II. POTENCJAŁ KLINICZNY I NAUKOWY OŚRODKA**

**Nazwa jednostki organizacyjnej, w której odbywać się będzie rekrutacja uczestników do eksperymentu:**

**Do pełnienia roli Badacza kieruję: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Pytanie** | **Odpowiedź** | **Komentarz** |
| 1. **Doświadczenie Badacza**
 |
| **1.1** | Czy osoba wskazana do pełnienia roli Badacza w eksperymencie pełniła taką rolę w innych eksperymentach? | [ ]  tak, liczba eksperymentów, w których wskazana osoba pełniła rolę Badacza \_\_\_ [ ]  nie |  |
| **1.2** | W jaką ilość eksperymentów osoba wskazana do pełnienia roli Badacza jest aktualnie zaangażowana?  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 1. **Dostępność pacjentów**
 |
|  | Ilu uczestników badań Ośrodek jest w stanie zrekrutować do eksperymentu? |  |  |
| 1. **Kwalifikacja zespołu badawczego**
 |
|  | Czy personel ośrodka, z którego wybrany będzie zespół badawczy, posiada niezbędne kwalifikacje/uprawnienia konieczne do wykonywania eksperymentu? | Specjalista onkologii klinicznej | [ ]  tak [ ]  nie |  |
| Specjalista medycyny nuklearnej lub diagnostyki obrazowej | [ ]  tak [ ]  nie |
| Specjalista chirurg lub specjalista radioterapii | [ ]  tak [ ]  nie |
| 1. **Doświadczenie w eksperymentach**
 |
|  | Czy Ośrodek ma doświadczenie w prowadzeniu eksperymentów? |  [ ]  tak [ ]  nie |  |
| 1. **Doświadczenie w prowadzeniu badań naukowych w zakresie innowacyjnych technik obrazowania**
 |
|  | Czy Ośrodek posiada doświadczenie w prowadzeniu badań naukowych w zakresie innowacyjnych technik obrazowania | [ ]  tak [ ]  nie |  |

1. **OŚWIADCZENIA**

W odpowiedzi na ogłoszony przez UMB konkurs na wybór ośrodka, w celu wspólnej realizacji eksperymentu medycznego finansowanego przez Agencję Badań Medycznych **składam niniejszą ofertę** oraz **oświadczam, że**:

* wyrażam wolę aktywnego współdziałania z UMB w realizacji eksperymentu badawczego i zobowiązuję się do podpisania umowy trójstronnej dotyczącej współpracy w ramach badania,
* podmiot który reprezentuję spełnia warunki udziału w konkursie opisane w pkt III „Warunki udziału w konkursie” Ogłoszenia o otwartym naborze ośrodka.

 ................................................ ...................................................... ………………………………………

miejscowość, data podpis osoby upoważnionej podpis Badacza