



Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o otwartym naborze

FORMULARZ OFERTOWY

do otwartego naboru Konsorcjantów
do wspólnego opracowania i realizacji Projektu,
w ramach konkursu na niekomercyjne badania kliniczne
i eksperymenty badawcze (konkurs nr ABM/2024/1)

PODSTAWOWE DANE

Nazwa podmiotu:

.....
.....

Forma organizacyjna:

.....

NIP:

.....

Numer KRS lub innego właściwego rejestru (jeśli dotyczy):

.....

Regon:

.....

Adres siedziby:

Województwo:

.....

Miejscowość:

.....

Ulica:

.....

Numer domu:

.....

Numer lokalu:

.....

Kod pocztowy:

.....



Adres poczty elektronicznej:

.....

Adres strony internetowej:

.....

OSOBA KONTAKTOWA

Imię:

.....

Nazwisko:

.....

Numer telefonu:

.....

Adres poczty elektronicznej:

.....

**CZĘŚĆ A. – DLA KANDYDATÓW NA KONSORCJANTA Z ZAKRESU APARATURY I INFORMATYKI
MEDYCZNEJ:**

1. Zgodność działalności kandydata z celem konsorcjum (0-10 pkt)

.....
.....
.....
.....
.....

2. Opis doświadczenia w zakresie projektowania, wykonywania i wdrażania systemów synchronicznej akwizycji wielomodalnych danych z uwzględnieniem kryteriów bezpieczeństwa użytkownika, uwzględniające ponadstandardowe i innowacyjne rozwiązania, w tym danych medycznych, w oparciu o wzmacnianą kryptografię biometryczną (0-20 pkt)

.....
.....
.....
.....
.....



6. Akredytowane laboratorium oceny cyberbezpieczeństwa produktów teleinformatycznych zgodnie z normą ISO/IEC 15408 (Common Criteria) i stosujące metodykę oceny zgodnie z normą ISO/IEC 18045 (Common Evaluation Methodology) (0-10 pkt)

TAK | NIE

7. Akredytowane laboratorium i/lub jednostka certyfikująca realizujące procesy oceny i certyfikacji cyberbezpieczeństwa komponentów przemysłowych zgodnie z normą PN-EN IEC 62443-4-2 (0-10 pkt)

TAK | NIE

CZĘŚĆ B. – DLA KANDYDATÓW NA KONSORCJANTA Z ZAKRESU INŻYNIERII BIOMEDYCZNEJ I BIOCYBERNETYKI:

1. Zgodność działalności kandydata z celem konsorcjum (0-10 pkt)

.....
.....
.....
.....
.....

2. Opis wiedzy, umiejętności i praktyki doświadczalnej w formie strategicznych projektów naukowo-badawczo-wdrożeniowych (0-20 pkt)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



3. Konstrukcja i oprogramowanie wielomodalnych systemów antropotechnicznych (0-15 pkt)

.....
.....
.....
.....
.....

4. Akwizycja asynchronicznych, słabo skorelowanych danych i opracowanie modelu biopsychospołecznego pacjenta z uwzględnieniem badania sensorycznego, ankietowego i oceny wskaźników antropometrycznych (0-20 pkt)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Cyfrowa analiza sygnałów biomedycznych w zakresie przetwarzania wstępnego, ekstrakcji cech i poszukiwaniu wiedzy (0-15 pkt)

.....
.....
.....
.....
.....

6. Opracowanie, weryfikacja i testowanie informatycznych systemów komputerowego wspomaganie diagnostyki medycznej, w szczególności opartych o metody sztucznej inteligencji (0-20 pkt)

.....
.....
.....
.....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZAŁĄCZNIKI

1. Pełnomocnictwo – umocowanie do reprezentacji podmiotu w przypadku, gdy upoważnienie do podpisania „Formularza Ofertowego” nie wynika bezpośrednio z odpisu z właściwego rejestru, albo centralnej ewidencji informacji o działalności gospodarczej ogólnie dostępnego na stronach internetowych ogólnodostępnych baz danych.
2. Załącznik nr 3 Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych.
3. Załącznik nr 4 Oświadczenie o braku powiązań kapitałowych lub osobowych.

Oświadczam/y, że:

- zapoznałem(-am)/liśmy się z Regulaminem otwartego naboru Konsorcjantów do wspólnego opracowania i realizacji Projektu, w ramach konkursu na niekomercyjne badania kliniczne i eksperymenty badawcze, ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2024/1) wraz ze wszystkimi załącznikami, akceptuję/emy ich zapisy i nie wnoszę/imy uwag do ich treści,
- zapoznałem(-am)/liśmy się z Regulaminem i wszystkimi załącznikami konkursu na niekomercyjne badania kliniczne eksperymenty badawcze, ogłoszonego przez Agencję Badań Medycznych (konkurs nr ABM/2024/1),
- wyrażam/y wolę aktywnego udziału w tworzeniu koncepcji projektu oraz wspólnego przygotowania wszelkiej niezbędnej dokumentacji wymaganej do złożenia wniosku o dofinansowanie do Agencji Badań Medycznych,
- zapoznałem(-am)/liśmy się ze wzorem umowy konsorcjum stanowiącym załącznik nr 3 do Regulaminu konkursu na niekomercyjne badania kliniczne i eksperymenty badawcze, ABM/2024/1 i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz w przypadku wyboru mojej/naszej oferty



- zobowiązuję/my się do podpisania umowy konsorcjum kwalifikowanym podpisem elektronicznym,
- nie podlegam/y wykluczeniu z ubiegania się o dofinansowanie na podstawie art. 207 ust. 4 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017, poz. 2077, z późn. zm.),
 - nie zalegam/y 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 są prowadzone wobec nas postępowania sądowe, administracyjne, egzekucyjne, postępowania skarbowe lub karnoskarbowe, których wynik może mieć wpływ na realizację zadań określonych we wniosku o dofinansowanie,
 - nie prowadzę/my działalności gospodarczej w zakresie objętym finansowaniem udzielanym przez Agencję Badan Medycznych,
 - w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie objętym finansowaniem udzielanym przez Agencję Badań Medycznych, zobowiązuję/my się, w przypadku oraz zakresie wymaganym przepisami o pomocy publicznej, do zawarcia z Agencją Badań Medycznych dodatkowej umowy regulującej warunki udzielanego finansowania,
 - wyrażam/y zgodę na przetwarzanie moich/naszych danych osobowych do celów przeprowadzenia niniejszej procedury naboru Konsorcjantów zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 r., poz. 1000, z późn. zm.),
 - zapoznałem/am się i przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w Informacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych w związku z prowadzeniem przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu otwartego naboru Konsorcjantów do Projektu stanowiącej Załącznik nr 3 do Ogłoszenia o otwartym naborze Konsorcjantów do Projektu.

.....
Pieczęć podmiotu

.....
Data i podpis osoby/ób uprawnionej/y