**Szpitale jednoimienne**

**Wniosek o dofinansowanie projektu**

1. **Podstawowe informacje o projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | |
|  | |
| **Streszczenie projektu** | |
| *Maksymalnie pół strony A4. Streszczenie projektu może podlegać upublicznieniu.* | |
| **Okres realizacji projektu** | |
| Data rozpoczęcia realizacji projektu |  |
| Data zakończenia realizacji projektu |  |

1. **Informacja o Wnioskodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Informacje o Wnioskodawcy samodzielnym/Liderze konsorcjum** | |
| **Typ podmiotu** | Szpital jednoimienny / Jednostka naukowa[[1]](#footnote-2) |
| **Nazwa pełna** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **KRS** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **Adres skrzynki ePUAP** |  |
| **Osoba wyznaczona do kontaktu** | |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Osoba upoważniona do reprezentacji Wnioskodawcy** | |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| 1. **Informacje o Członku konsorcjum (jeśli dotyczy)** | |
| **Typ podmiotu** | Szpital jednoimienny / Jednostka naukowa[[2]](#footnote-3) |
| **Nazwa pełna** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **KRS** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **Osoba wyznaczona do kontaktu** | |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

1. **Cel i uzasadnienie realizacji projektu**

|  |
| --- |
| **Cel projektu** |
| *Maksymalnie pół strony A4* |
| **Metodyka realizacji projektu** |
| *Maksymalnie jedna strona A4* |
| **Zastosowanie wyników projektu w praktyce** |
| *Maksymalnie pół strony A4* |

1. **Potencjał do realizacji projektu**

|  |
| --- |
| **1. Zasoby kadrowe (w tym administracyjne)** |
| *Maksymalnie pół strony A4* |
| **2. Zasoby techniczne** |
| *Maksymalnie pół strony A4* |

1. **Kosztorys realizacji projektu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NR ZAD.** | **NAZWA PODMIOTU** | **KATEGORIE KOSZTÓW** | | | | **KOSZTY OGÓŁEM**  **(DOFINANSOWANIE)**  **3+4+5+6** |
| **W** | **E** | **Op** | **O** |
| *1.* | *2.* | *3.* | *4.* | *5.* | *6.* | *7.* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA** | |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie planowanych kosztów** |
| *Maksymalnie jedna strona A4* | |

1. **Wskaźniki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WSKAŹNIK** | **WARTOŚĆ BAZOWA** | **WARTOŚĆ DOCELOWA** | **ROK OSIĄGNIĘCIA WARTOŚCI DOCELOWEJ** |
| Liczba nowych produktów leczniczych lub kandydatów na produkty lecznicze | 0 |  | 2021 |
| Liczba zarejestrowanych produktów leczniczych z nowymi wskazaniami do terapii COVID-19 | 0 |  | 2021 |
| Liczba nowych wyrobów medycznych | 0 |  | 2021 |
| Liczba nowych schematów leczniczych | 0 |  | 2021 |
| Liczba nowych procedur medycznych | 0 |  | 2021 |
| Liczba nowych technologii dedykowanych terapii COVID-19 lub prewencji rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2. | 0 |  | 2021 |

1. **Oświadczenia**
2. **Oświadczenia Wnioskodawcy samodzielnego / Lidera konsorcjum**

*Jeśli projekt realizowany jest przez konsorcjum poniższą tabelę należy powielić podając przed tabelą nazwę konsorcjanta, którego dotyczą oświadczenia.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że:**  zapoznałem się z warunkami naboru i je akceptuję | **TAK** |
| **Oświadczam, że:**  składany wniosek nie narusza praw osób trzecich | **TAK** |
| **Oświadczam, że:**  złożony, za pośrednictwem systemu e-PUAP wniosek stanowi oświadczenie woli wnioskodawcy, zaś informacje w nim zawarte oraz dokumentach do niego załączonych, są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. | **TAK** |
| **Dotyczy osób, których dane NCBR otrzymał bezpośrednio od tychże osób**  Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (dalej „RODO”), przyjmuję do wiadomości, że:   1. administratorem danych osobowych jest Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (dalej: „NCBR”) z siedzibą w Warszawie 00-695, ul. Nowogrodzka 47a; 2. z inspektorem ochrony danych można się skontaktować poprzez adres e-mail: [iod@ncbr.gov.pl](mailto:inspektorochronydanychosobowych@ncbr.gov.pl); 3. dane osobowe są przetwarzane w celu oceny i wyboru projektu, zawarcia umowy o wykonanie i finansowanie projektu, nadzoru nad wykonaniem projektu, jego ewaluacji, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno – promocyjnych, jego odbioru, oceny i rozliczenia finansowego oraz ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń; 4. dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. art. 44 lit. c ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o Narodowym Centrum Badań i Rozwoju (Dz. U. 2019 poz. 1770 ze zm.); 5. podanie danych osobowych stanowi wymóg ustawowy i bez ich podania nie można zrealizować celów wskazanych w pkt 3; 6. dane osobowe będą przetwarzane w czasie trwania procedury naboru i w okresie realizacji umowy o dofinansowanie projektu, nadzoru nad wykonaniem projektu, jego ewaluacji, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno – promocyjnych, odbioru, oceny i rozliczenia finansowego oraz ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń oraz przechowywane będą w celach archiwalnych przez okres zgodny z instrukcją kancelaryjną NCBR i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt; 7. odbiorcą danych osobowych będzie Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego lub organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów prawa, a także podmioty świadczące usługi niezbędne do realizacji przez NCBR zadań. Dane te mogą być także przekazywane partnerom IT, podmiotom realizującym wsparcie techniczne lub organizacyjne; 8. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, sprostowania swoich danych osobowych oraz ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych; 9. posiadam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych; 10. moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego; 11. moje dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.   **Dotyczy osób, których danych NCBR nie otrzymał bezpośrednio od tychże osób**  Zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 2 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 (dalej „RODO”), przyjmuję do wiadomości, że:   1. administratorem danych osobowych jest Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (dalej: „NCBR”) z siedzibą w Warszawie 00-695, ul. Nowogrodzka 47a; 2. z inspektorem ochrony danych można się skontaktować poprzez adres e-mail: [iod@ncbr.gov.pl](mailto:inspektorochronydanychosobowych@ncbr.gov.pl); 3. dane osobowe są przetwarzane w celu oceny i wyboru projektu, zawarcia umowy o dofinansowanie projektu, nadzoru nad wykonaniem projektu, jego ewaluacji, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno – promocyjnych, jego odbioru, oceny i rozliczenia finansowego oraz ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń; 4. dane osobowe zostały pozyskane od Wnioskodawcy w ramach opisanego konkursu, 5. dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 44 c lit. ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o Narodowym Centrum Badań i Rozwoju (Dz. U. 2019 poz. 1770 ze zm.); 6. podanie danych osobowych stanowi wymóg ustawowy i bez ich podania nie można zrealizować celów wskazanych w pkt 3; 7. Kategorie przetwarzanych danych osobowych to: 8. Imię i nazwisko; 9. Adres e-mail; 10. Numer telefonu; 11. Nazwa stanowiska 12. Tytuł zawodowy lub naukowy 13. Stopień naukowy 14. dane osobowe będą przetwarzane w czasie trwania naboru wniosków i w okresie realizacji umowy o wykonanie i finansowanie projektu, nadzoru nad wykonaniem projektu, jego ewaluacji, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno – promocyjnych, odbioru, oceny i rozliczenia finansowego oraz ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń oraz przechowywane będą w celach archiwalnych przez okres zgodny z instrukcją kancelaryjną NCBR i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt; 15. odbiorcą danych osobowych będzie Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego lub organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów prawa, a także podmioty świadczące usługi niezbędne do realizacji przez NCBR zadań. Dane te mogą być także przekazywane partnerom IT, podmiotom realizującym wsparcie techniczne lub organizacyjne; 16. posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, sprostowania swoich danych osobowych oraz ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych; 17. posiadam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych; 18. moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego; 19. moje dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w  tym profilowaniu.   **Oświadczam, że** zobowiązuję się w imieniu NCBR do wykonywania wobec osób, których dane dotyczą, obowiązków informacyjnych wynikających z art. 13 i art. 14 RODO oraz do spełnienia wobec wszystkich osób wskazanych we wniosku o dofinansowanie obowiązku informacyjnego, o którym mowa powyżej. | **TAK** |
| **Oświadczam, że**:   1. w przypadku otrzymania dofinansowania na realizację projektu nie zostanie naruszona zasada zakazu podwójnego finansowania, oznaczająca niedozwolone zrefundowanie całkowite lub częściowe danego wydatku dwa razy ze środków publicznych (unijnych lub krajowych); 2. zadania objęte wnioskiem nie są finansowane ze środków pochodzących z innych źródeł oraz wnioskodawca nie ubiega się o ich finansowanie z innych źródeł | **TAK** |
| **Oświadczam, że** wnioskodawca: |  |
| nie ma prawnej możliwości odliczenia lub ubiegania się o zwrot poniesionego ostatecznie kosztu podatku VAT i w związku z tym wnioskuje o refundację części poniesionego  w ramach projektu podatku VAT. Jednocześnie zobowiązuje się do zwrotu zrefundowanej  w ramach projektu części poniesionego podatku VAT, jeżeli zaistnieją przesłanki umożliwiające odzyskanie lub odliczenie tego podatku[[3]](#footnote-4); | **TAK/NIE[[4]](#footnote-5)** |
| nie ma prawnej możliwości odliczenia lub ubiegania się o zwrot poniesionego ostatecznie kosztu podatku VAT, jednak nie wnioskuje oraz nie będzie w przyszłości wnioskować  o refundację jakiejkolwiek części poniesionego w ramach projektu podatku VAT; | **TAK/NIE** |
| będzie mógł odliczyć lub ubiegać się o zwrot kosztu podatku VAT poniesionego w związku  z realizacją działań objętych wnioskiem. | **TAK/NIE** |
| **Oświadczam, że**:  uzyskane zostaną wymagane zgody / pozytywne opinie / pozwolenia /zezwolenia właściwej komisji bioetycznej, etycznej lub właściwego organu, w przypadku gdy projekt obejmuje badania: |  |
| * będące eksperymentami medycznymi w rozumieniu art. 21 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty; | **TAK/NIE** |
| * kliniczne w zakresie wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobu medycznego lub aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, o których mowa w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych; | **TAK/NIE** |
| * kliniczne produktów leczniczych, o których mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne; | **TAK/NIE** |
| * wymagające doświadczeń na zwierzętach; | **TAK/NIE** |
| * nad gatunkami roślin, zwierząt i grzybów objętych ochroną gatunkową lub na obszarach objętych ochroną; | **TAK/NIE** |
| * nad organizmami genetycznie zmodyfikowanymi lub z zastosowaniem takich organizmów; | **TAK/NIE** |
| * w zakresie energetyki, bezpieczeństwa jądrowego lub ochrony radiologicznej. | **TAK/NIE** |
| **Wyrażam zgodę** na udzielanie informacji na potrzeby ewaluacji przeprowadzanych przez NCBR lub inny uprawniony podmiot. | **TAK** |
| **Oświadczam, że:**  została skutecznie zawarta umowa konsorcjum, o treści zgodnej z wytycznymi zamieszczonymi na stronie internetowej Narodowego Centrum Badań i Rozwoju. | **TAK/NIE DOTYCZY** |
| **Oświadczam, że:**  Wnioskodawca samodzielny/Lider konsorcjum/Członek konsorcjum[[5]](#footnote-6) jest wskazanym przez Ministra Zdrowia jednoimiennym szpitalem zakaźnym dedykowanym terapii COVID-19 | **TAK/NIE** |
| **Oświadczam, że:**  Zgodnie z art. 391 § 1 pkt 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkiej korespondencji związanej  z udziałem w naborze wniosków w wersji elektronicznej za pośrednictwem wskazanego we wniosku o dofinansowanie adresu skrzynki e-PUAP | **TAK** |
| **Oświadczam, że:**  wnioskodawca ma świadomość, że ciąży na nim obowiązek zabezpieczenia skrzynki e-PUAP, za pośrednictwem której składa wniosek i wykorzystywanej do komunikacji z NCBR w procesie naboru w sposób uniemożliwiający dostęp przez osoby nieupoważnione. | **TAK** |

1. **Załączniki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis załącznika** | |
| 1. | Skan podpisanego pełnomocnictwa w formacie PDF (jeżeli umocowanie osoby nie wynika z KRS) – w przypadku konsorcjum dotyczy tylko Lidera | **PDF** |

1. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)
2. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-3)
3. Opcja powinna zostać zaznaczona również w przypadku odliczania podatku VAT prewspółczynnikiem. [↑](#footnote-ref-4)
4. Niewłaściwe skreślić – dotyczy wszystkich oświadczeń z możliwością wyboru. [↑](#footnote-ref-5)
5. [↑](#footnote-ref-6)