**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PROJEKTU**

**finansowanego lub współfinansowanego ze środków zewnętrznych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane ogólne** | | |
| **1.** | Nazwa programu/numeru działania/inicjatywy/funduszu |  |
| **2.** | Numer konkursu/naboru |  |
| **3.** | Termin składania wniosku |  |
| **4.** | Link do strony konkursu/naboru |  |
| **5.** | Rola NIO-PIB w ramach projektu | Partner  Lider |
| **6.** | Nazwa jednostki NIO-PIB opracowującej projekt lub uczestniczącej w projekcie jako partner |  |
| **7.** | Nazwa pozostałych jednostek Instytutu, które będą zaangażowane w rzeczową realizację projektu |  |
| **8.** | Pozostali partnerzy w projekcie |  |
| **9.** | Wnioskodawca/inicjator: tytuł/stopień, imię i nazwisko, telefon, adres e-mail, nr pracownika |  |
| **10.** | Proponowany kierownik/ koordynator projektu: tytuł/stopień, imię i nazwisko,  telefon, adres e-mail, nr pracownika *(jeśli inny niż* *osoba wskazana w pkt. 9)* |  |
| **11.** | Tytuł projektu w języku polskim |  |
| **12.** | Tytuł projektu w języku obcym |  |
| **13.** | Akronim projektu (jeżeli dotyczy) |  |
| **14.** | Planowany okres realizacji projektu w miesiącach] |  |
| **15** | Planowany termin rozpoczęcia realizacji projektu (wskaż datę w kalendarzu) | Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. |
| **16.** | Słowa kluczowe w j. polskim |  |
| **17.** | Czy projekt wpisuje się w perspektywiczne kierunki działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej? | TAK  NIE |
| **18.** | Jeżeli tak, wskaż właściwe | Epidemiologia i zdrowie publiczne w onkologii  Specjalistyczne metody diagnostyki onkologicznej  Immunoonkologia, terapie genowe i komórkowe  Optymalizacja i indywidualizacja terapii przeciwnowotworowych  Biobankowanie i tworzenie nowych modeli nowotworowych do badań podstawowych i przedklinicznych  Etiopatogeneza nowotworów |
| **19.** | Jeżeli w punkcie 17 zaznaczono NIE uzasadnij potrzebę realizacji projektu: | |
| Uzasadnienie (max. 500 znaków) | | |
| **20**. | Wskaż cele strategiczne z którym zgodny jest projekt: | Rozwój i zatrudnienie profesjonalne kadry naukowej  Inwestycje w infrastrukturę wykorzystanie nowoczesnych narzędzi badawczych analitycznych i diagnostycznych  Pozyskanie środków na badania naukowe w otwartych konkursach grantowych  Tworzenie unikalnych repozytoriów materiału biologicznego do badań naukowych i usług komercyjnych  Pozycja lidera w pozyskiwaniu środków na niekomercyjne badania kliniczne |
| **Dane finansowe** | | |
| **21.** | Szacowany koszt całego projektu |  |
| **22.** | Szacowany koszt przypadający na NIO-PIB |  |
| **23.** | Wartość dofinansowania |  |
| **24.** | Maksymalny dopuszczalny % kosztów pośrednich (finansowe) |  |
| **25.** | Proponowany % kosztów pośrednich |  |
| **26.** | Czy projekt wymaga wniesienie wkładu własnego (finansowe) | TAK  NIE  Podaj wymaganą wysokość wkładu własnego |
| **27.** | Proszę o wskazanie proponowanego źródła pokrycia wkładu własnego |  |
| **28.** | Czy projekt wymaga poniesienia dodatkowych kosztów przed terminem złożenia wniosku? | TAK  NIE |
| **29.** | Jeżeli w punkcie 28 zaznaczono TAK należy podać wymiar kosztów oraz wskazać proponowane źródła pokrycia |  |
| **30.** | Rodzaje wydatków planowane do poniesienia w okresie realizacji projektu (zaznacz właściwe) (finansowe) | wynagrodzenia  stypendia  aparatura naukowo-badawcza  Inne urządzenia  ubezpieczenie  sprzęt medyczny  koszt zakupu leków  odczynniki  materiały zużywalne  tłumaczenia/korekty językowe  publikacje  przygotowanie projektu budowlanego  prace budowlane  usługi merytoryczne zlecone  usługi medyczne zewnętrzne  usługi medyczne wewnętrzne  szkolenia  wyjazdy służbowe  koszty staży zagranicznych  Inne (wskaż jakie)……………………………… |
| **31.** | Nazwa instytucji przyznającej finansowanie (kto daje środki na koniec kategorii finansowej) | Narodowe Centrum Nauki  Narodowe Centrum Badań i Rozwoju  Agencja Badań Medycznych  Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej  Komisja Europejska  Minister Zdrowia  Minister właściwy ds. Nauki  Narodowa Agencja Wymiany Akademickiej  Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego  Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego  Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego  Fundacja ……………………….(nazwa fundacji)  Inna (niewymieniona powyżej) ………………………………. |
| **Dane dodatkowe** | | |
| **32.** | Aparatura planowana do zakupu w ramach realizacji projektu (o ile dotyczy) wraz z planowanym miejscem jej posadowienia |  |
| **33.** | Potrzeby organizacyjne niezbędne do realizacji projektu w tym: gabinet lekarski, sala konferencyjna itp. |  |
| **34.** | Niezbędny personel medyczny i niemedyczny niezbędny do realizacji projektu |  |
| **35.** | Sprzęt będący w posiadaniu jednostki niezbędny do realizacji projektu |  |
| **36.** | Określenie procedur jakie będą wykonywane w trakcie realizacji projektu | komercyjne  finansowane przez NFZ  konieczne do wyliczenia |
| **37.** | Czy wyniki, które powstały w ramach projektu mogą podlegać ochronie prawami własności Intelektualnej zwłaszcza własności przemysłowej typu wynalazek? | TAK  NIE |
| **38.** | Czy przewidywane jest komercjalizacja wyników badań? | TAK  NIE |
| **39.** | Jeżeli w punkcie 38 zaznaczono odpowiedź TAK, proszę określić jakiego rodzaju komercjalizacja jest planowana: | sprzedaż wyników badań naukowych, prac  rozwojowych lub know-how związanego z tymi wynikami podmiotowi trzeciemu  udostępnienie podmiotowi trzeciemu  wyników badań naukowych lub know-how, w szczególności na podstawie umowy licencyjnej, najmu oraz dzierżawy  wdrożenie we własnej działalności, np.  poprzez realizację usług badawczych na zlecenie podmiotów zewnętrznych w oparciu o wyniki wyników badań  naukowych lub know-how  komercjalizacja pośrednia – powołanie  odrębnej spółki w celu wdrożenia lub przygotowania do wdrożenia wyników badań naukowych, prac rozwojowych lub know-how związanego z tymi wynikami we współpracy |
| **40.** | Przetwarzanie danych osobowych w projekcie | TAK  NIE |
| **41.** | Jeżeli w punkcie 40 zaznaczono odpowiedź TAK, proszę określić rodzaj przetwarzanych danych osobowych | dane osobowe zwykłej kategorii (np. imię i nazwisko, adres e-mail, adres zamieszkania, numer telefonu, miejsce zatrudnienia, PESEL, itp.)  dane osobowe szczególnej kategorii tzw.  dane wrażliwe zgodnie z art. 9, ust. 1 RODO  (np. stan zdrowia w tym niepełnosprawności,  pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne, dane genetyczne) |
| **42.** | Rodzaj projektu | Naukowo-badawczy  Inwestycyjny  Szkoleniowy/dydaktyczny  z zakresu zdrowia publicznego |
| **43.** | Rodzaj prowadzonych badań | badania naukowe podstawowe  badania naukowe stosowane  prace rozwojowe  prace wdrożeniowe  badania kliniczne |
| **44.** | Wnioskuję o wydanie pełnomocnictwa upoważniającego do złożenia wniosku o dofinansowanie | TAK  NIE |

**KRÓTKI OPIS PROJEKTU wraz ze wskazaniem głównego celu:**

[Max 2000znaków]

**ANALIZA RYZYKA (podać przynajmniej 3 potencjalne zdarzenia)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zdarzenie  (opisać) | Prawdopodobieństwo  wystąpienia (niskie/średnie/wysokie) | Konsekwencje i straty (niskie/średnie/wysokie) | Reakcja na wypadek materializacji ryzyka (opisać) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**BUDŻET PROJEKTU – Proszę wypełnić poniższy kosztorys budżetu oraz dodatkowo, w szczegółach, w osobnym dokumencie klikając ikonę excela à**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Budżetowanie projektu** | | | **ogółem lata (20\_\_ - 20\_\_)** | | | | | | | | |
| **Finansowanie ogółem** | | | **Finansowanie w projekcie** | | | **Środki własne NIO** | | |
| Koszty ogółem | Koszty bezpośrednie | Koszty pośrednie | Koszty ogółem | Koszty bezpośrednie | Koszty pośrednie | Koszty ogółem | Koszty bezpośrednie | Koszty pośrednie |
| **I. Koszty** | | **ZADANIE.\*\*** | **KOSZTY** | | | | | | | | |
| 1 | Koszty osobowe, w tym: |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2 | Odczynniki, w tym: |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 3 | Leki i wyroby medyczne, w tym: |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 4 | Koszty usług obcych \*), w tym: |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 5 | Koszty usług wewnętrznych, w tym: |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| a | procedury diagnostyczne |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| b | procedury medyczne |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| c | inne |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 6 | koszty administracyjne, w tym: |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| **II. Inwestycje i zakupy** | |  | **Inwestycje i zakupy** | | | | | | | | |
| 1 | Aparatura medyczna - zakup: |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2 | Inne środki trwałe lub WNiPy - zakup: |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 3 | Wyposażenie - zakup: |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 4 | Inwestycje remontowo - budowlane: |  | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  | **Ogółem koszty projektu** |  | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** |
| \*) - szkolenia, sympozja, koszty delegacji, koszty wydawnictw, usługi materialne (transport, poczta, itp.), koszty ekspertów  \*\* o ile wymagany podział na zadania zgodnie z wnioskiem | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Opracował (podpis Inicjatora) |  |
| Zgoda kierownika jednostki organizacyjnej, w której zatrudniony jest Inicjator projektu |  |
| Zgoda/zgody kierowników pozostałych jednostek organizacyjnych zaangażowanych w realizację projektu (jeżeli dotyczy) | Nazwa jednostki:………………………………………………    Podpis: |
| Nazwa jednostki:………………………………………………  Podpis: |
| Nazwa jednostki:………………………………………………  Podpis: |
| Nazwa jednostki:………………………………………………  Podpis: |
| **KONIEC (dalsze części wypełnia Jednostka Kompetencyjna)**  **Wypełnioną wersję elektroniczną i papierową formularza proszę przekazać do Jednostki Kompetencyjnej** | |
| Podpis Kierownika Jednostki Kompetencyjnej: | [data, pieczęć, podpis] |
| Akceptacja właściwego Dyrektora ds. Naukowych | [data, pieczęć, podpis] |
| Jeżeli projekt przewiduje zakup aparatury (pkt. 32) wymagana jest opinia Kierownika właściwego Działu Technicznego (nie dotyczy projektów obejmujących inwestycje polegające na budowie nowych budynków) | |
| Opinia kierownika Działu Aparatury | Wskazana do zakupu aparatura/urządzenie:  wymaga dostosowania pomieszczenia  nie wymaga dostosowania pomieszczenia  Prace wymagane do wykonania:  Szacowana koszty dostosowania pomieszczeń:  ……………………………………………………………………..  [data, pieczęć, podpis] |
| Jeżeli planowany projekt wymaga wniesienia przez NIO-PIB wkładu własnego i/lub wymaga określenia przez Księgowość możliwości odliczenia podatku VAT, wymagane są poniższe akceptacje. | |
| Akceptacja Głównego Księgowego | [data, pieczęć, podpis] |
| Akceptacja Dyrektora właściwego ds. Administracyjnych i finansowych | [data, pieczęć, podpis] |

Zgoda Dyrektora Instytutu/Oddziału Instytutu na przygotowanie i złożenie wniosku o dofinansowanie:

ZGODA

BRAK ZGODY

Wyrażam  zgodę/nie wyrażam zgody na wydanie pełnomocnictwa dla wnioskodawcy upoważniającego go do złożenia wniosku o dofinansowanie.

……………………………………………………

Data/pieczęć/podpis