Zgłoszenie do udziału w otwartym naborze na Konsorcjanta do przygotowania i realizacji projektu w ramach konkursu Agencji Badań Medycznych 2024/1:

„Ocena zmian ukrwienia i czynności elektrycznej mózgu chorych z dłuższym upośledzeniem świadomości w przebiegu standardowej rehabilitacji i przy zastosowaniu nieinwazyjnych metod elektrycznej, świetlnej i magnetycznej stymulacji mózgu.”

1. Dane kandydata konsorcjum

Pełna nazwa

NIP

REGON

Forma prawna

Adres e-mail do korespondencji

Adres

Ulica

Nr budynku

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina

Powiat

Województwo

OSOBA UPRAWNIONA PO PODEJMOWANIA WIĄŻĄCEJ DECYZJI

Imię i nazwisko

Telefon

Adres e-mail

OSOBA DO KONTAKTÓW ROBOCZYCH

Imię i nazwisko

Stanowisko

Telefon

Adres e-mail

1. Potencjał kandydata

POTENCJAŁ NAUKOWO-TECHNICZNY

Zrealizowane i prowadzone projekty w obszarze związanym z tematyką konkursu, szczególnie posiadanie doświadczenia w realizacji badań i/ lub upowszechnianiu wiedzy na temat leczenia śpiączki i dłuższego upośledzenia świadomości

|  |
| --- |
|  |

Deklarowany wkład kandydata na Konsorcjanta w realizację celu konsorcjum:

Posiadanie zasobów ludzkich z odpowiednimi kwalifikacjami niezbędnych do wykonania Projektu w zakresie dotyczącym deklaracji kandydata:

|  |
| --- |
|  |

Posiadanie lub dostęp do infrastruktury niezbędnej do wykonania Projektu w zakresie dotyczącym deklaracji kandydata:

|  |
| --- |
|  |

Doświadczenie kandydata na Konsorcjanta we wdrażaniu lub upowszechnianiu i propagowaniu nowoczesnych metod diagnostyki i/lub leczenia upośledzenia ukrwienia mózgu możliwych do zastosowania u chorych z upośledzeniem świadomości

|  |
| --- |
|  |

POTENCJAŁ FINANSOWY I ADMINISTRACYJNY

Potwierdzenie zdolności finansowej i administracyjnej do przeprowadzenia projektu

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis Osoby wypełniającej zgłoszenie