## OTWARTY NABÓR NA CZŁONKA KONSORCJUM w Konkursie otwartym na niekomercyjne badania kliniczne

## i eksperymenty badawcze ABM/2024/1

1. **Obszar terapeutyczny wniosku, którego dotyczy zgłoszenie**
2. **Nazwa instytucji**
3. **Dane adresowe instytucji, adres mailowy, adres skrzynki EPUAP**
4. **KRS, REGON**
5. **Forma prawna instytucji**
6. **Opis potencjału instytucji** (infrastruktura, doświadczenie w projektach naukowych i badaniach klinicznych, techniczny, finansowy i administracyjny instytucji umożliwiający realizację projektu).
7. **Czy instytucja dokonująca zgłoszenia posiada doświadczenie w realizacji badania klinicznego w zbliżonym obszarze terapeutycznym i/lub na zbliżonej populacji pacjentów?**
8. **Krótki zarys wkładu merytorycznego do projektu instytucji dokonującej zgłoszenia.**
9. **Osoba uprawniona do podejmowania wiążących decyzji** (imię i nazwisko, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu).
10. **Osoba merytorycznie odpowiedzialna za projekt** (imię i nazwisko, stanowisko, adres e-mail, numer telefonu).