**Załącznik nr 1 do Regulaminu współpracy z Ekspertami zewnętrznymi Agencji Badań Medycznych**

**Wniosek o wpis do Bazy kandydatów na Ekspertów Agencji Badań Medycznych**

**Ja, niżej podpisany (-a) wnioskuję o wpisanie mnie do *Bazy kandydatów na Ekspertów* (dalej: Baza)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **DANE PERSONALNE** | | |
| Imię (imiona) i nazwisko | |  |
| Numer ewidencyjny PESEL[[1]](#footnote-1) | |  |
| Adres zamieszkania | |  |
| Adres do korespondencji[[2]](#footnote-2) | |  |
| NIP[[3]](#footnote-3) | |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| E-mail |  |
| Aktualne miejsce pracy  (w przypadku zatrudnienia  w więcej niż jednym wymienić wszystkie miejsca pracy) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **WYKSZTAŁCENIE**   **(w razie konieczności należy powielić poniższe rubryki)** | |
| Nazwa ukończonej  szkoły wyższej |  |
| Rok ukończenia  szkoły wyższej |  |
| Kierunek/Specjalizacja |  |
| Uzyskany tytuł/stopień/rodzaj  dyplomu |  |
| Numer prawa wykonywania zawodu – jeśli dotyczy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **WYKSZTAŁCENIE UZUPEŁNIAJĄCE**   **(studia podyplomowe, studia doktoranckie itp.**  **– w razie konieczności powielić poniższe rubryki)** | |
| Nazwa instytucji  organizującej kształcenie |  |
| Rok ukończenia |  |
| Kierunek/Specjalizacja |  |
| Uzyskany tytuł/stopień/rodzaj  dyplomu |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE**   **(w razie konieczności należy powielić poniższe rubryki)** | |
| Okres zatrudnienia (od – do) |  |
| Miejsce pracy |  |
| Miejscowość |  |
| Zajmowane stanowisko |  |
| Zakres wykonywanych  zadań i czynności |  |

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACJE DODATKOWE** |

|  |  |
| --- | --- |
| Doświadczenie  w recenzowaniu/ocenie Projektów badań klinicznych produktów leczniczych/wyrobów medycznych |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Inne doświadczenia,  uprawnienia, umiejętności lub praktyka uzasadniające ubieganie się o wpis do Bazy ze wskazaniem jakiej dziedziny/aspektu dotyczą (np. kursy, szkolenia, dorobek naukowy, publikacje, działalność organizacyjna, opinie eksperckie itp.) |  |

Prawdziwość danych zawartych w formularzu potwierdzam własnoręcznym podpisem

Miejscowość …………………………, dnia …………..………… r.

……………………………………………………………

czytelny podpis kandydata na Eksperta

Zgodnie z art. 13 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 (ogólne rozporządzenie ochronie danych- RODO,  Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Agencja Badań Medycznych, przy ul. Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa;
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem - [iod@abm.gov.pl](mailto:iod@abm.gov.pl);
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procesu rekrutacyjnego na kandydatów na Ekspertów Agencji Badań Medycznych.

Jeżeli zostaną Państwo wpisani na listę kandydatów na Ekspertów przetwarzanie danych osobowych może odbywać się w celu prowadzenia współpracy z ABM na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie oraz w treści innych regulacji, określonych w umowie ramowej o współpracy z Ekspertem czy zarządzeniach Prezesa ABM w tym w szczególności:

1. oceny merytorycznej Wniosku o dofinansowanie Projektu, wraz ze szczegółowym uzasadnieniem przyznanej punktacji,
2. oceny merytorycznej Wniosku o dofinansowanie Projektu w związku z wniesieniem protestu,
3. oceny merytorycznej Raportu okresowego/końcowego,
4. oceny merytorycznej zmian do Wniosku o dofinansowanie Projektu,
5. udziału w kontroli Projektu w formie zdalnej,
6. osobistego udziału w kontroli w siedzibie podmiotu/ów realizujących Projekt,
7. wypłaty wynagrodzenia za wykonane oceny,
8. uczestnictwa w posiedzeniach Zespołów Oceny Wniosków,
9. realizacji innych Zamówień,
10. zwrotu kosztów podróży i noclegów zgodnie z § 18 ust. 13 Ustawy.
11. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, art. 6 ust. 1 lit. c w zw. z Ustawą oraz art. 6 ust. 1 lit. e rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO);
12. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji wyżej wymienionych celów, tj. do momentu zakończenia rekrutacji na kandydatów na Ekspertów Agencji Badań Medycznych, a jeżeli zostaną Państwo wpisani na listę kandydatów na Ekspertów, dane osobowe mogą być przechowywane przez okres:
13. współpracy z Ekspertem i przez 3 lata od poinformowania o wykreśleniu Eksperta z Bazy;
14. realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa, a związanych ze współpracą, w szczególności wynikających z przepisów ustawy o rachunkowości;
15. dokonywania ewentualnych rozliczeń z tytułu pkt 1 i 2;
16. zgodny z Instrukcją kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt.
17. Państwa dane osobowe mogą zostać udostępnione wyłącznie mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, podmiotom, które obsługują systemy teleinformatyczne Administratora oraz udostępniające narzędzia teleinformatyczne (m.in. usługi hostingu, usługi w chmurze, niszczenia dokumentacji) czy świadczące usługi pocztowe oraz podmiotom współpracującym z ABM przy realizacji zadań, wskazanych w ust 5;
18. Państwa dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu;
19. Posiadają Państwa prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych;
20. Posiadają Państwa prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
21. Posiadają Państwa prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
22. Podanie Państwa danych w jest dobrowolne, jednak konieczne do prawidłowego przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego na kandydatów na Ekspertów Agencji Badań Medycznych. Jeżeli zostaną Państwo wpisani na listę kandydatów na Ekspertów dane będą niezbędne dla współpracy z ABM oraz wypłaty należnego wynagrodzenia lub zwrotu poniesionych kosztów;
23. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/ organizacji międzynarodowej, o ile nie będą tego wymagały prawne obowiązki Administratora.

*……………………………………*

*Czytelny podpis kandydata na Eksperta*

1. Wypełniają osoby, które nie prowadzą działalności gospodarczej [↑](#footnote-ref-1)
2. Wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania. [↑](#footnote-ref-2)
3. Wypełniają osoby prowadzące działalność gospodarczą. [↑](#footnote-ref-3)