Załącznik 1 do Regulaminu

**Wzór Wniosku o dofinansowanie**

## **Zakładka: Metryka Wniosku**

|  |  |
| --- | --- |
| Metryka Wniosku jest uzupełniana automatycznie na podstawie informacji wprowadzonych we Wniosku. Wyjątek stanowią daty rozpoczęcia i zakończenia Projektu, które należy uzupełnić poniżej.  Wnioskodawca jest zobligowany do wypełnienia również kolejnych zakładek Wniosku.  Po uzupełnieniu wszystkich pól, należy użyć przycisku “Złóż” a następnie potwierdzić operację. |  |
| Realizacja w ramach | Konkurs na opracowanie i realizację autorskiego programu studiów podyplomowych z zakresu nauk biomedycznych |
| Skrót naboru | SPNB |
| Numer naboru | ABM/2023/6 |
| Numer Wniosku |  |
| Data złożenia Wniosku |  |
| Tytuł Projektu |  |
| Wnioskodawca |  |
| Planowany Okres realizacji Projektu  Należy wskazać Okres realizacji Projektu poprzez wybranie z kalendarza dat rozpoczęcia i zakończenia realizacji.  Uwaga:   * maksymalny czas trwania Projektu to 4 lata (48 miesięcy); * dopuszcza się realizację maksymalnie 3 kierunków Studiów podyplomowych; * w ramach jednego kierunku Studiów podyplomowych dopuszcza się realizację od 1 do 5 edycji. |  |
| Data od |  |
| Data do |  |
| Konsorcjanci |  |
| Status Wniosku |  |
| Typ Projektu | Studia podyplomowe z zakresu nauk biomedycznych |

## **Zakładka I.A. Wnioskodawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje o Wnioskodawcy** | **Nazwa sekcji** |
| Pełna nazwa Wnioskodawcy | Maksymalnie 250 znaków. |
| Status Wnioskodawcy | * Uczelnia publiczna utworzona przez organ państwa, w rozumieniu ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz.U.2022 poz. 574), która prowadzi kształcenie stacjonarne na minimum jednym z wymienionych kierunków: lekarski, lekarsko-dentystyczny, farmacja, pielęgniarstwo (studia I i II stopnia), ratownictwo medyczne * Uczelnia niepubliczna działająca w rozumieniu ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz.U.2022 poz. 574), która prowadzi kształcenie na kierunku lekarskim * Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w rozumieniu ustawy z dnia 13 września 2018 r. (Dz.U. 2021 poz. 77) o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego |
| NIP (Numer Identyfikacji Podatkowej) |  |
| REGON |  |
| Forma prawna | Maksymalnie 100 znaków. |
| Adres strony internetowej | Maksymalnie 100 znaków. |
| Adres e-mail do korespondencji | Maksymalnie 100 znaków. |
| Adres skrzynki e-PUAP | Maksymalnie 100 znaków. |
| Adres | Nazwa podsekcji |
| Kraj | Polska |
| Ulica | Maksymalnie 200 znaków. |
| Nr budynku | Maksymalnie 10 znaków. |
| Nr lokalu | Maksymalnie 10 znaków. |
| Kod pocztowy | Format kodu pocztowego: XX-XXX. |
| Miejscowość | Maksymalnie 100 znaków. |
| Gmina | Maksymalnie 100 znaków. |
| Powiat | Maksymalnie 100 znaków. |
| Województwo |  |
| Osoba uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji (w imieniu Wnioskodawcy) | Nazwa podsekcji  Można dodać maksymalnie dwie osoby. |
| Pan / Pani | * Pan * Pani |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Telefon | W przypadku nr telefonu stacjonarnego, proszę podać również nr kierunkowy. |
| Adres e-mail |  |
| Osoba uprawniona do kontaktów roboczych (w imieniu Wnioskodawcy) | Nazwa podsekcji  Można dodać maksymalnie pięć osób. |
| Należy dołączyć stosowne pełnomocnictwo podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym (format podpisu .pades z zastosowaniem symbolu graficznego) przez osobę uprawnioną do podejmowania decyzji. | Tekst informacyjny |
| Pan / Pani | * Pan * Pani |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Telefon | W przypadku nr telefonu stacjonarnego, proszę podać również nr kierunkowy. |
| Adres e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Przychody Wnioskodawcy za poprzedni rok obrotowy | Nazwa podsekcji |
| Wartość (w mln PLN) |  |
| Rok |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Całkowita liczba pracowników zatrudnionych na etat (liczba osób zatrudnionych w poprzednim roku) | Nazwa podsekcji |
| Wartość |  |
| Rok | Stan na ostatni dzień roku kalendarzowego. |

**Potencjał i doświadczenie podmiotu odpowiedzialnego za realizację Projektu**

**Potencjał naukowy podmiotu**

Potencjał naukowy podmiotu w zakresie prowadzonych studiów podyplomowych (m.in. należy opisać obecne kierunki kształcenia, planowane kierunki rozwoju Wnioskodawcy, posiadane zasoby, opisać współpracę międzynarodową w zakresie kształcenia (jeśli dotyczy), realizowane programy edukacyjne, w tym związane z tematyką Projektu etc.).

Potencjał naukowy podmiotu

Maksymalnie 3 000 znaków.

**Potencjał kadrowy**

Potencjał kadrowy (należy przedstawić kwalifikacje obecnej kadry dydaktycznej uwzględniając m.in. liczbę nauczycieli akademickich posiadających tytuł dr, dr hab., prof., indeks Hirscha max. 5 wybranych nauczycieli akademickich, dorobek naukowy i dydaktyczny kadry ze szczególnym uwzględnieniem tematyki Projektu, w tym przykładowe publikacje naukowe z obszaru tematyki Projektu, a także przedstawić kwalifikacje wykładowców zagranicznych – jeśli dotyczy).

Potencjał kadrowy

Maksymalnie 1 700 znaków.

**Potencjał techniczny/infrastrukturalny**

Potencjał techniczny (należy wykazać posiadane zasoby w zakresie zaplecza infrastrukturalnego, systemów informatycznych / multimedialnych, narzędzi edukacyjnych, które będą wykorzystane na działalność edukacyjną przez cały Okres realizacji Projektu).

Potencjał techniczny / infrastrukturalny

Maksymalnie 1 700 znaków.

**Potencjał finansowy**

Potencjał finansowy (należy co najmniej potwierdzić zdolność finansową podmiotu odpowiedzialnego za realizację Projektu, aby wykazać, że jest on zdolny do zapewnienia płynnej obsługi finansowej Projektu oraz przedstawić dane umożliwiające ocenę adekwatności wydatków do zaproponowanych w Projekcie działań).

Potencjał finansowy

Maksymalnie 1700 znaków.

**Doświadczenie Wnioskodawcy**

Doświadczenie Wnioskodawcy (należy opisać dotychczasowe doświadczenie Wnioskodawcy w zakresie organizacji i realizacji studiów podyplomowych z uwzględnieniem szczególnie tych z zakresu nauk biomedycznych (jeśli dotyczy), potwierdzić zdolność Wnioskodawcy do realizacji projektów finansowanych ze środków publicznych poprzez wskazanie jakie projekty z wykorzystaniem środków publicznych były realizowane przez Wnioskodawcę, czy posiada wyspecjalizowaną komórkę obsługującą projekty zewnętrzne etc.).

Doświadczenie Wnioskodawcy

Maksymalnie 1 700 znaków.

## **Zakładka I.B. Konsorcjanci**

|  |  |
| --- | --- |
| **Konsorcjanci** | Nazwa sekcji |
| Konsorcjant |  |
| Lp. |  |
| Pełna nazwa |  |
| NIP (Numer Identyfikacji Podatkowej) |  |
| REGON |  |
| Forma prawna | Maksymalnie 100 znaków. |
| Adres strony internetowej | Maksymalnie 100 znaków. |
| Adres e-mail do korespondencji |  |
| Adres skrzynki ePUAP | Na podany adres wysyłana będzie oficjalna korespondencja ze strony ABM dotycząca przebiegu oceny Wniosku w procedurze konkursowej. |
| **Adres** | Nazwa podsekcji |
| Kraj | Polska |
| Ulica | Maksymalnie 200 znaków. |
| Nr budynku | Maksymalnie 10 znaków. |
| Nr lokalu | Maksymalnie 10 znaków. |
| Kod pocztowy | Format kodu pocztowego: XX-XXX. |
| Miejscowość | Maksymalnie 100 znaków. |
| Gmina | Maksymalnie 100 znaków. |
| Powiat | Maksymalnie 100 znaków. |
| Województwo |  |
| **Osoba uprawniona do podejmowania wiążącej decyzji** | Nazwa podsekcji |
| Pan / Pani | • Pan  • Pani |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Nr telefonu | W przypadku nr telefonu stacjonarnego, proszę podać również nr kierunkowy |
| Adres e-mail służbowy |  |
| **Osoba uprawniona do kontaktów roboczych** | Nazwa podsekcji |
| Pan / Pani | • Pan  • Pani |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Nr telefonu | W przypadku nr telefonu stacjonarnego, proszę podać również nr kierunkowy. |
| Adres e-mail służbowy |  |

## **Zakładka II.A. Projekt - dane ogólne**

**Dane ogólne**

**Nazwa Projektu**

Należy wpisać tytuł Projektu, który powinien oddawać jego ideę/cel. Poniższa sekcja pozwala na zdefiniowanie podstawowych danych na temat Projektu.

Minimum 10 znaków, maksymalnie 300 znaków.

**Streszczenie Projektu (w jęz. polskim)**

Wnioskodawca w streszczeniu powinien uwzględnić: cel Projektu, liczbę planowanych kierunków Studiów podyplomowych i ich edycji, formy ewaluacji, promocję Studiów podyplomowych, formę prowadzenia kształcenia – stacjonarna, hybrydowa etc.

Maksymalnie 3 000 znaków.

**Zasięg terytorialny (lokalizacja Projektu)**

Maksymalnie 1 500 znaków.

## **Zakładka II.B. Projekt - część merytoryczna**

**Część merytoryczna**

**Planowany zakres rzeczowy - opis realizacji zadań w Projekcie, uwzględniając:**

* nazwę kierunku Studiów podyplomowych, tematykę/obszar tematyczny;
* przebieg realizacji Studiów podyplomowych;
* rekrutację kadry dydaktycznej i uczestników, planowaną realizację Studiów podyplomowych, w tym metody przeprowadzania ewaluacji postępów uczestników Studiów podyplomowych i egzaminów końcowych, uwzględniając zakres umiejętności i wiedzy jakie musi nabyć uczestnik, aby otrzymać dyplom ukończenia Studiów podyplomowych;
* grupę docelową, czyli potencjalnych uczestników, do których będą skierowane Studia podyplomowe;
* opis monitorowania wskaźników realizacji Projektu;
* opis planu promocji Studiów podyplomowych;
* wdrożenie systemów informatycznych w tym platformy edukacyjnej/platform komunikacyjnych do realizacji Studiów podyplomowych.

Jeżeli Wnioskodawca planuje realizację więcej niż jednego kierunku Studiów podyplomowych to powinien w opisie odnieść się do każdego z nich uwzględniając powyższe punkty. W przypadku jeżeli powyższe punkty są wspólne dla wszystkich kierunków Studiów podyplomowych, Wnioskodawca powinien jasno to wskazać i nie powielać opisów dla poszczególnych kierunków Studiów podyplomowych.

Maksymalnie 20 000 znaków.

**Uzasadnienie realizacji Projektu.**

Maksymalnie 20 000 znaków.

**Opis innowacyjności Projektu.**

Maksymalnie 10 000 znaków.

**Opis przewidywanych efektów ekonomicznych.**

Maksymalnie 5 000 znaków.

**Opis posiadanych przez podmiot, o którym mowa w pkt. 1.4. Regulaminu, zasobów materialnych i ludzkich niezbędnych do wykonywania Projektu, w tym, jeśli dotyczy opis przebiegu współpracy międzynarodowej, w przypadku prelegentów z zagranicy.**

Maksymalnie 8 000 znaków.

**Planowany termin uruchomienia poszczególnych kierunków Studiów podyplomowych i ich edycji.**

|  |
| --- |
| Maksymalnie 3 000 znaków. |

**Zarządzanie po zakończeniu Projektu**

Zarządzanie po zakończeniu Projektu. Należy wskazać czy Wnioskodawca przewiduje kontynuację realizacji Studiów podyplomowych po zakończeniu Okresu realizacji Projektu.

Zarządzanie po zakończeniu Projektu

Maksymalnie 2000 znaków.

|  |  |
| --- | --- |
| Wskaźniki | Nazwa podsekcji |

**Wskaźniki ilościowe**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wskaźniki** | **Wartość wskaźnika** |
| Liczba opracowanych programów studiów podyplomowych | Pole tekstowe, obowiązkowe, możliwość podania liczby całkowitej większej od 0 (co najmniej 1)  Pod polem podpowiedź (hint): „Pole przyjmuje wartości liczbowe.” |
| Liczba kierunków studiów podyplomowych | Pole tekstowe, obowiązkowe, możliwość podania liczby całkowitej większej od 0 (co najmniej 1)  Pod polem podpowiedź (hint): „Pole przyjmuje wartości liczbowe.” |
| Liczba przeprowadzonych edycji studiów podyplomowych | Pole tekstowe, obowiązkowe, możliwość podania liczby całkowitej większej od 0 (co najmniej 1)  Pod polem podpowiedź (hint): „Pole przyjmuje wartości liczbowe.” |
| Liczba uczestników studiów podyplomowych | Pole tekstowe, obowiązkowe, możliwość podania liczby całkowitej większej od 0 (co najmniej 1)  Pod polem podpowiedź (hint): „Pole przyjmuje wartości liczbowe.” |
| Liczba uczestników studiów podyplomowych, którzy z wynikiem pozytywnym zdali egzamin końcowy | Pole tekstowe, obowiązkowe, możliwość podania liczby całkowitej większej od 0 (co najmniej 1)  Pod polem podpowiedź (hint): „Pole przyjmuje wartości liczbowe.” |
|  | Pole tekstowe, obowiązkowe, możliwość podania liczby całkowitej większej od 0 (co najmniej 1)  Pod polem podpowiedź (hint): „Pole przyjmuje wartości liczbowe.” |
|  | Pole tekstowe, obowiązkowe, możliwość podania liczby całkowitej większej od 0 (co najmniej 1)  Pod polem podpowiedź (hint): „Pole przyjmuje wartości liczbowe.” |
|  | Pole tekstowe, obowiązkowe, możliwość podania liczby całkowitej większej od 0 (co najmniej 1)  Pod polem podpowiedź (hint): „Pole przyjmuje wartości liczbowe.” |

**Zakładka II.C. Projekt - harmonogram realizacji**

|  |
| --- |
| Planowane działania Projektowe i sposób ich realizacji W tej części proszę zawrzeć działania Projektowe. Maksymalnie można zaprojektować do 20 zadań.  Trzy zadania obligatoryjne zostały już określone:   1. Zarządzanie merytoryczne Projektem 2. Informacja i promocja Studiów podyplomowych 3. Ewaluacja Studiów podyplomowych   Kolejne zadania powinny dotyczyć realizacji Studiów podyplomowych (dla jednego kierunku Studiów podyplomowych należy dodać maksymalnie do 5 zadań, tj. po jednym zadaniu do edycji): Realizacja Studiów podyplomowych [*podać nazwę kierunku*], numer edycji [*podać numer*].  W przypadku, gdy planowany jest zakup lub modyfikacja platformy e-learningowej, należy dodać zadanie „Platforma e-learningowa”. W zadaniu należy szczegółowo opisać poszczególne działania podejmowane w ramach zadania oraz w Zakładce III. Budżet szczegółowy Projektu opisać szczegółowo poszczególne koszty związane z realizacją zadania (należy wybrać Kategorię kosztu „Zakup/modyfikacja platformy e-learningowej”).  Wnioskodawca przedstawia kamienie milowe w ramach poszczególnych zadań, które osiągnie w okresie realizacji Projektu.  Przykłady:   * Zrekrutowanie 25 uczestników studiów * Zakończenie I edycji studiów, kierunek [*podać nazwę*] * Zakończenie II edycji studiów, kierunek [*podać nazwę*] * Uruchomienie platformy e-learningowej   Moduł ten ma formę tabeli, którą należy wypełnić. Konieczne jest dodawanie kolejnych pozycji, dla każdego zadania oddzielnie. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Lista zadań |  |
| + | Zadanie nr … |  |
|  | Nazwa zadania | Przykładowe rodzaje zadań (z czego **trzy zadania obligatoryjne** wskazane w harmonogramie):   1. **Zarządzanie merytoryczne Projektem** 2. **Informacja i promocja Studiów podyplomowych** 3. **Ewaluacja Studiów podyplomowych** 4. np. Realizacja Studiów podyplomowych [podać nazwę kierunku], numer edycji [podać numer]. |
|  | Początek okresu realizacji zadania |  |
|  | Zakończenie okresu realizacji zadania |  |
|  | Opis zadania | Należy opisać, co jest przedmiotem realizacji danego zadania i jakimi zasobami będzie to realizowane. Należy precyzyjnie określić działania podejmowane w trakcie realizacji zadania oraz efekty końcowe. Uzasadnić, dlaczego realizacja tego zadania jest niezbędna do realizacji celu Projektu. W przypadku Wnioskodawcy wielopodmiotowego należy wskazać, kto jest odpowiedzialny za realizację zadania lub poszczególnych działań zaplanowanych w zadaniu - Lider Konsorcjum/Konsorcjant (należy podać nazwę Konsorcjanta).  W opisie należy wskazać Kamienie milowe (minimalnie 1 Kamień milowy do zadania) poprzez podanie nazwy Kamienia milowego, wartości Kamienia milowego wraz z jednostką miary oraz planowanego terminu osiągniecia Kamienia milowego (kwartał realizacji Projektu). |

|  |  |
| --- | --- |
| **Harmonogram realizacji** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [kwartał] / [rok] lub [rok] | [kwartał] / [rok] lub [rok] | [kwartał] / [rok] lub [rok] | [kwartał] / [rok] lub [rok] | [kwartał] / [rok] lub [rok] | [kwartał] / [rok] lub [rok] | [kwartał] / [rok] lub [rok] | … itd. maks. 12 kolumn |
| Zadanie nr [nr zadania]: [nazwa zadania] | | | | | | | |
| Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym- pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym- pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym- pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym- pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym- pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym- pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym- pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X | Jeżeli zadanie będzie realizowane w tym przedziale czasowym- pole zostaje oznaczone kolorem lub znakiem X |

## **Zakładka III. Budżet szczegółowy Projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| Kalkulacja kosztów zadań w Projekcie | Nazwa sekcji |
| Na poprzedniej zakładce, dodano zadania, które będą realizowane w Projekcie.  W poniższej części Wniosku należy określić planowane koszty dla każdego zdefiniowanego wcześniej zadania.  Jeżeli dane zadanie nie wymaga kosztów, można usunąć wpis przy danym zadaniu.  Jeżeli dane zadanie wiąże się z większą ilością kosztów, można dodać kolejne wiersze przy danym zadaniu. Dla podawanego kosztu należy podać:   * Nazwę kosztu; * Kategorię kosztu; * Opis sposobu kalkulacji kosztu; * Koszt całkowity pozycji (PLN).   Prosimy zwrócić uwagę, aby planowane wydatki znalazły uzasadnienie w przedstawionym harmonogramie działań/zadań w Projekcie.  W polu Opis sposobu kalkulacji kosztu należy opisać szczegółowo rodzaj kosztu oraz sposób jego wyliczenia. Opis powinien odnosić się do pola Koszt całkowity pozycji (PLN) oraz potwierdzać wartość danej pozycji budżetowej. Szczegółowy opis powinien zawierać m.in.:   * w przypadku kategorii „Wynagrodzenie” należy wskazać nazwę, rodzaj oraz planowaną ilość stanowisk, rodzaj umowy, wysokość wynagrodzenia w rozbiciu na stawkę i okres zaangażowania (np. miesiące, godziny); * w przypadku kategorii „Materiały dydaktyczne”, „Narzędzia teleinformatyczne” czy „Działania i materiały promocyjne” należy wymienić zaplanowane w projekcie materiały i narzędzia oraz wymienić ich wartość, cenę jednostkową, liczbę sztuk.   Można dodać maksymalnie 100 pozycji kosztowych (łącznie dla wszystkich zadań). | Tekst informacyjny, nieedytowalny.  Ostatnie zdanie „Można dodać maksymalnie 100 pozycji (łącznie dla wszystkich zadań)” sformatowane na kolor czerwony. |

|  |  |
| --- | --- |
| Budżet zadania | Nazwa podsekcji. Pola powtarzalne dla każdego zadania |
| Zadanie nr [numer zadania]: [Nazwa zadania] | Pole nieedytowalne, wartość wpisywania automatycznie. |

|  |  |
| --- | --- |
| + | Możliwość dodania kolejnej pozycji kosztowej za pomocą znaku „+” |
| Lp. |  |
| Nazwa kosztu | Maksymalnie 100 znaków. |
| Kategoria kosztu | * Wynagrodzenia * Materiały dydaktyczne * Narzędzia teleinformatyczne * Działania i materiały promocyjne * Pozostałe koszty bezpośrednie * Zakup/modyfikacja platformy e-learningowej |
| Podmiot, do którego przyporządkowana jest pozycja kosztowa (Wnioskodawca/ Konsorcjant) | Pole widoczne jeżeli Konsorcjant został dodany do Wniosku. |
| Opis sposobu kalkulacji kosztu | Minimum 300 znaków, maksymalnie 3000 znaków. |
| Koszt całkowity pozycji (PLN) | Pole edytowalne, obowiązkowe. Należy podać wartość zaokrągloną matematycznie do 2 miejsc po przecinku. |

|  |  |
| --- | --- |
| Koszt całkowity zadania (PLN) | Wartość wyliczana automatycznie. |

|  |  |
| --- | --- |
| Całkowity budżet Projektu według typów uprawnionych kosztów | Tabela składa się z kolumn:   * Kategoria kosztu – nazwy wszystkich kategorii kosztów. * Wnioskodawca (PLN) – suma kosztów przydzielonych do Wnioskodawcy dla wskazanej kategorii kosztu ze wszystkich zadań. * Konsorcjant / Konsorcjanci (PLN) – suma kosztów przydzielonych do wszystkich Konsorcjantów dla wskazanej kategorii kosztu ze wszystkich zadań. * Razem (PLN) – suma wartości. |

|  |  |
| --- | --- |
| Całkowity budżet Projektu w układzie zadaniowym | Tabela prezentowana poniżej. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zadanie (Zgodnie z zadaniami z budżetu szczegółowego Projektu) | Wnioskodawca (PLN) | Konsorcjant / Konsorcjanci (PLN) | Razem (PLN) |
| Zadanie nr 1: [nazwa zadania] | [suma kosztów przydzielonych do Wnioskodawcy dla wskazanej kategorii kosztu ze wszystkich zadań. | [suma kosztów przydzielonych do wszystkich Konsorcjantów dla wskazanej kategorii kosztu ze wszystkich zadań.] | [suma wartości z kolumn „Wnioskodawca” i „Konsorcjant” danego wiersza.] |
| Zadanie nr 2: [nazwa zadania] | jw. | jw. | jw. |
| …. Itd. | jw. | jw. | jw. |
| Suma (PLN): | | | [Suma wartości z powyższych wierszy.] |

**Koszty pośrednie (PLN)**

Stawka (%) ryczałtu kosztów pośrednich

25%

Koszty pośrednie (ryczałt)

Wartość wyliczana automatycznie.

**Całkowity koszt Projektu (PLN)**

Całkowity koszt Projektu (PLN)

Wartość wyliczana automatycznie.

Maksymalna możliwa wartość Projektu to 4 500 000,00 PLN.

Poziom dofinansowania

100%

**Wnioskowane dofinansowanie (PLN)**

Wnioskowane dofinansowanie (PLN)

|  |
| --- |
| Wartość wyliczana automatycznie. |

## **Zakładka IV. Załączniki**

**Załączniki obowiązkowe – do załączenia w postaci pliku pdf**

1. Dokument potwierdzający upoważnienie do złożenia Wniosku podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, w przypadku Wnioskodawcy wielopodmiotowego podpisany przez Lidera Konsorcjum (format podpisu .PAdES z zastosowaniem symbolu graficznego).

* Dozwolony format załączników to .pdf, maksymalny rozmiar załącznika 2 MB.
* Wymóg dodania minimum 1 pliku, maksymalnie 5 plików.

1. Oświadczenie o doświadczeniu Wnioskodawcy, załącznik nr 2 do Regulaminu, podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym (format podpisu .PAdES z zastosowaniem symbolu graficznego).

* Dozwolony format załączników to .pdf, maksymalny rozmiar załącznika 2 MB.
* Wymóg dodania minimum 1 plik, maksymalnie 5 plików.

1. Harmonogram realizacji Studiów podyplomowych, załącznik nr 3 do Regulaminu, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym (format podpisu .PAdES z zastosowaniem symbolu graficznego).

* Dozwolony format załączników to .pdf, maksymalny rozmiar załącznika 2 MB. Dla każdego kierunku Studiów podyplomowych proszę załączyć oddzielny plik.
* Wymóg dodania minimum 1 pliku, maksymalnie 3 plików.

1. Projekt Ramowego programu Studiów podyplomowych, załącznik nr 4 do Regulaminu, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym (format podpisu .PAdES z zastosowaniem symbolu graficznego).

* Dozwolony format załączników to .pdf, maksymalny rozmiar załącznika 2 MB. Dla każdego kierunku Studiów podyplomowych proszę załączyć oddzielny plik.
* Wymóg dodania minimum 1 pliku, maksymalnie 3 plików.

1. Oświadczenie o kwalifikowalności VAT Wnioskodawcy, załącznik nr 5 do Regulaminu, składane przez wszystkie podmioty wskazane w metryce Wniosku, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym (format podpisu .PAdES z zastosowaniem symbolu graficznego).

* Dozwolony format załączników to .pdf, maksymalny rozmiar załącznika 2 MB.
* Wymóg dodania od 1 do 4 plików.

1. Umowa Konsorcjum podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez Lidera Konsorcjum oraz Konsorcjantów (format podpisu .PAdES z zastosowaniem symbolu graficznego) w istotnym zakresie zgodna ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 11 do Regulaminu (*jeśli dotyczy*).

* Dozwolony format załączników to .pdf, maksymalny rozmiar załącznika 2 MB.
* Wymóg dodania dokładnie 1 pliku.

**Załączniki nieobowiązkowe – do załączenia w postaci pliku pdf**

Szczegółowy sylabus studiów podyplomowych (max. 10 stron pliku), podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym (format podpisu .PAdES z zastosowaniem symbolu graficznego). Dozwolony format załączników to .pdf; maksymalny rozmiar załącznika 2 MB.

Inne (Format podpisu .PAdES z zastosowaniem symbolu graficznego. Dozwolony format załączników to .pdf; maksymalny rozmiar załącznika 2 MB. Możliwość dodania maksymalnie 10 załączników).

## **Zakładka: V. Oświadczenia**

**Wnioskodawca jednopodmiotowy**

1. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.
2. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym Wniosku o dofinansowanie są zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że Projekt jest zgodny z właściwymi przepisami prawa unijnego i krajowego, w tym dotyczącymi zamówień publicznych oraz pomocy publicznej.
4. Jestem świadomy, że treść niniejszego Wniosku o dofinansowanie wraz z jego załącznikami może być udostępniana innym instytucjom oraz ekspertom dokonującym oceny, ewaluacji i kontroli oraz zobowiązuję się brać udział w badaniach ewaluacyjnych mających na celu ocenę Programu.
5. Oświadczam o niefinansowaniu i nieubieganiu się o finansowanie zadań objętych Wnioskiem ze środków publicznych pochodzących z innych źródeł.
6. Oświadczam, że instytucja, która ubiega się o dofinansowanie nie zalega z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.
7. Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania Wnioskodawcy w zakresie objętym Wnioskiem i złożenia niniejszego Wniosku o dofinansowanie.
8. Oświadczam, że podmiot, który ubiega się o dofinansowanie nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2021, poz. 305).
9. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem i akceptuję w całości jego warunki, w tym akceptuję w całości treść umowy o dofinansowanie, która stanowi załącznik 10 do Regulaminu.
10. Oświadczam, że Wniosek o dofinansowanie nie narusza praw osób trzecich i brak jest przeszkód prawnych do złożenia Wniosku oraz realizacji Projektu zgodnie z Wnioskiem o dofinansowanie w szczególności, oświadczam, że nie zostały zawarte jakiekolwiek inne porozumienia lub umowy, które uniemożliwiałby lub ograniczałby udział Wnioskodawcy w Projekcie objętym Wnioskiem o dofinansowanie.
11. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną, („Klauzula informacyjna dla Wnioskodawcy”) oraz zobowiązuję się w imieniu Administratora danych osobowych (Agencji Badań Medycznych) do spełnienia obowiązku informacyjnego wobec osób, których dane są zawarte we Wniosku o dofinansowanie („Klauzula informacyjna dla osób fizycznych wskazanych przez Wnioskodawcę we Wniosku”).
12. Oświadczam, że nie są prowadzone wobec Wnioskodawcy postępowania sądowe, administracyjne, egzekucyjne, postępowania skarbowe lub karnoskarbowe, których wynik może mieć wpływ na realizację zadań określonych Wnioskiem o dofinansowanie.
13. Oświadczam, że Wnioskodawca nie prowadzi działalności gospodarczej w zakresie objętym finansowaniem udzielanym przez Agencję.

**Wnioskodawca wielopodmiotowy**

1. Oświadczam, że Lider i Konsorcjanci nie finansują i nie ubiegają się o finansowanie zadań objętych Wnioskiem ze środków publicznych pochodzących z innych źródeł.
2. Oświadczam, że Lider i Konsorcjanci nie zalegają z uiszczaniem podatków, jak również z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub innych należności wymaganych odrębnymi przepisami.
3. Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania Wnioskodawcy w zakresie objętym Wnioskiem o dofinansowanie i złożenia niniejszego Wniosku na rzecz i w imieniu Lidera jak i wszystkich Konsorcjantów.
4. Oświadczam, że Lider i Konsorcjanci nie podlegają wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania, w tym wykluczeniu, o którym mowa w art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 305).
5. Oświadczam, że Lider i Konsorcjanci zapoznali się z Regulaminem i akceptują w całości jego warunki, w tym akceptują w całości treść Umowy o dofinansowanie, która stanowi Załącznik nr 10b do Regulaminu.
6. Oświadczam, że Wniosek o dofinansowanie nie narusza praw osób trzecich i brak jest przeszkód prawnych do złożenia Wniosku oraz realizacji Projektu zgodnie z Wnioskiem o dofinansowanie w szczególności, oświadczam, że nie zostały zawarte jakiekolwiek inne porozumienia lub umowy z zastrzeżeniem Umowy Konsorcjum, które uniemożliwiałby lub ograniczałby udział Lidera i Konsorcjantów w Projekcie objętym Wnioskiem o dofinansowanie.
7. Oświadczam, że Lider i Konsorcjanci zapoznali się z klauzulą informacyjną, („Klauzula informacyjna dla Wnioskodawcy”) oraz zobowiązują się w imieniu Administratora danych osobowych (Agencja Badań Medycznych) do spełnienia obowiązku informacyjnego wobec osób, których dane są zawarte we Wniosku o dofinansowanie („Klauzula informacyjna dla osób fizycznych wskazanych przez Wnioskodawcę we Wniosku”).
8. Oświadczam, że nie są prowadzone wobec żadnego z Członków Konsorcjum postępowania sądowe, administracyjne, egzekucyjne, postępowania skarbowe lub karnoskarbowe, których wynik może mieć wpływ na realizację zadań określonych Wnioskiem o dofinansowanie.
9. Oświadczam, że Lider i Konsorcjanci nie prowadzą działalności gospodarczej w zakresie objętym finansowaniem udzielanym przez Agencję.
10. Oświadczam, że została skutecznie zawarta Umowa Konsorcjum, o treści uwzględniającej minimalne postanowienia znajdujące się we wzorze Umowy Konsorcjum stanowiącym Załącznik nr 11 do Regulaminu.

**Klauzula informacyjna dla Wnioskodawcy**

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 o ochronie danych – RODO (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Agencja Badań Medycznych, przy ul. Stanisława 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 są przetwarzane w celu:
4. dokonania wszelkich czynności składających się na podjęcie działań przed zawarciem umowy, na proces zawarcia i realizacji umowy o wykonanie i finansowanie Projektu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi w związku z ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (t.j. Dz.U. 2022 poz. 451, Dz.U. 2023 poz. 605),
5. oceny Wniosku złożonego w Konkursie pn. „Opracowanie i realizacja autorskiego programu studiów podyplomowych z zakresu nauk biomedycznych”, a w przypadku uzyskania dofinansowania, ewaluacji Projektu, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno-promocyjnych, jego odbioru, oceny wiarygodności finansowej oraz sytuacji organizacyjno-prawnej, prowadzenia działań informacyjnych i analitycznych związanych z wykonywaniem zadań publicznych Agencji, oceny i rozliczenia finansowego, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi w związku z ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (t.j. Dz.U. 2022 poz. 451) oraz art. 6 ust. 1 lit. c RODO, konieczności wypełnienia obowiązków prawnych wynikających z przepisów prawa,
6. ochrony prawnie uzasadnionego interesu Administratora, czyli ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO.
7. Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w celu postępowania dotyczącego udzielenia Państwu pomocy publicznej czy pomocy *de minimis* na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
8. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane przez Administratora podmiotom, które obsługują systemy teleinformatyczne Administratora oraz udostępniające narzędzia teleinformatyczne, zapewniające system teleinformatyczny do składania i rozpatrywania wniosków konkursowych, świadczące dla Administratora usługi hostingu, chmurowe czy pocztowe, podmiotom dokonującym oceny wiarygodności finansowej oraz sytuacji organizacyjno-prawnej, a także instytucjom oraz ekspertom dokonującym ewaluacji i oceny.
9. W oparciu o Państwa dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania w rozumieniu RODO.
10. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres oceny Wniosku, a w przypadku uzyskania dofinansowania - w okresie realizacji umowy, nadzoru nad realizacją Projektu, jego odbioru, oceny wiarygodności finansowej oraz sytuacji organizacyjno-prawnej, oceny i rozliczenia finansowego, ewaluacji Projektu, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno-promocyjnych, zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji, przez okres przechowywania zgodny z Instrukcją kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt, a także do czasu przedawnienia ewentualnych roszczeń.
11. Posiadają Państwo prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
12. Posiadają Państwo także prawo do wniesienia sprzeciwu.
13. Mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Podanie danych osobowych jest wymagane do oceny Wniosku. Odmowa podania danych osobowych będzie skutkowała brakiem możliwości dokonania oceny i wyboru Wniosku dotyczącego wykonania Projektu, zawarcia umowy o wykonanie Projektu i jego finansowanie oraz nadzoru nad wykonaniem Projektu, jego ewaluacji, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno - promocyjnych, oceny wiarygodności finansowej oraz sytuacji organizacyjno-prawnej, prowadzenia działań informacyjnych i analitycznych związanych z wykonywaniem zadań publicznych Agencji, odbioru, oceny i rozliczenia finansowego. Brak podania danych będzie skutkować nieudzieleniem pomocy publicznej i pomocy de minimis.
15. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej, o ile nie będą tego wymagały prawne obowiązki Administratora.

**Klauzula informacyjna dla osób fizycznych wskazanych przez Wnioskodawcę we Wniosku**

Zgodnie z art. 14 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 o ochronie danych- RODO, Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych osób fizycznych wskazanych przez Wnioskodawcę we Wniosku jest Agencja Badań Medycznych, przy ul. Stanisława Moniuszki 1A, 00-014 Warszawa.
2. Dane osobowe osób, o których mowa w ust. 1, zostały uzyskane od Wnioskodawcy.
3. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem - iod@abm.gov.pl.
4. Dane osobowe osób, o których mowa w ust. 1, będą przetwarzane przez Administratora na podstawie:
   1. art. 6 ust. 1 lit. e RODO w związku z ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (t.j. Dz.U. 2022 poz. 451, Dz.U. 2023 poz. 605) przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi,
   2. art. 6 ust. 1 lit. c RODO, konieczność wypełnienia obowiązków prawnych wynikających z przepisów prawa,
   3. art. 6 ust. 1 lit. f RODO, ochrony prawnie uzasadnionego interesu Administratora, czyli ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami.
5. Dane obejmują kategorię danych zwykłych – imię, nazwisko, zajmowane stanowisko lub sprawowaną funkcje, miejsce pracy, służbowy adres email, telefon, fax, tytuł naukowy/ stopień naukowy, datę urodzenia, wykształcenie, nr prawa wykonywania zawodu, doświadczenie zawodowe.
6. Dane osobowe, o których mowa w ust. 1 mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej. Dane osobowe mogą zostać przekazane przez Administratora podmiotom, które obsługują systemy teleinformatyczne Administratora oraz udostępniające narzędzia teleinformatyczne, zapewniające system teleinformatyczny do składania i rozpatrywania wniosków konkursowych lub świadczące dla Administratora usługi hostingu, chmurowe czy pocztowe, podmiotom dokonującym oceny wiarygodności finansowej oraz sytuacji organizacyjno-prawnej, a także instytucjom oraz ekspertom dokonującym ewaluacji i oceny.
7. W oparciu o dane osobowe osób, o których mowa w ust. 1, Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania w rozumieniu RODO.
8. Dane osobowe osób, o których mowa w ust. 1, będą przetwarzane przez okres oceny Wniosku, a w przypadku uzyskania dofinansowania - w okresie realizacji umowy, nadzoru nad realizacją Projektu, jego odbioru, oceny i rozliczenia finansowego, oceny wiarygodności finansowej oraz sytuacji organizacyjno-prawnej, ewaluacji Projektu, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno-promocyjnych, chyba że niezbędny będzie dłuższy okres przetwarzania np.: z uwagi na obowiązki archiwizacyjne, przez okres przechowywania zgodny z Instrukcją kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt, czy przedawnienia roszczeń.
9. Osobom, o których mowa w ust. 1 przysługuje prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
10. Osobom, o których mowa w ust. 1 przysługuje również prawo do wniesienia sprzeciwu.
11. Osobom, o których mowa w ust. 1 przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Podanie danych osobowych, o których mowa w ust. 1, jest wymagane do oceny Wniosku. Odmowa podania danych osobowych będzie skutkowała brakiem możliwości dokonania oceny i wyboru Wniosku dotyczącego wykonania Projektu, zawarcia umowy o wykonanie Projektu i jego finansowania oraz nadzoru nad wykonaniem Projektu, jego ewaluacji, kontroli, audytu, oceny działań informacyjno - promocyjnych, oceny wiarygodności finansowej oraz sytuacji organizacyjno-prawnej, prowadzenia działań informacyjnych i analitycznych związanych z wykonywaniem zadań publicznych Agencji, odbioru, oceny i rozliczenia finansowego. Brak podania danych będzie skutkować nieudzieleniem pomocy publicznej i pomocy *de minimis.*
13. Dane osób, o których mowa w ust. 1 nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej, o ile nie będą tego wymagały prawne obowiązki Administratora.