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 do sporządzania ocen lub opinii eksperckich na rzecz Agencji Badań Medycznych* (dalej: Wykaz)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **DANE PERSONALNE** | | |
| Imię (imiona) i nazwisko | |  |
| Numer ewidencyjny PESEL | |  |
| Adres zamieszkania | |  |
| Adres do korespondencji[[1]](#footnote-1) | |  |
| NIP[[2]](#footnote-2) | |  |
| 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  Numer prawa wykonywania zawodu – jeżeli dotyczy |  |
| Kierunek/Specjalizacja –  w przypadku lekarza/lekarza dentysty |  |
| Uzyskany tytuł/stopień/rodzaj  dyplomu |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **WYKSZTAŁCENIE UZUPEŁNIAJĄCE**   **(studia podyplomowe, studia doktoranckie itp.)** | |
| Nazwa instytucji  organizującej kształcenie |  | |
| Kierunek/Specjalizacja |  | |
| Uzyskany tytuł/stopień/rodzaj  dyplomu |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** | |
| 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 (kursy, szkolenia, dorobek naukowy, publikacje itp.) uzasadniające ubieganie się o wpis do Wykazu ze wskazaniem jakiej dziedziny/aspektu dotyczą** |  |

Prawdziwość danych zawartych w formularzu potwierdzam własnoręcznym podpisem

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

…………………………………………………………… podpis kandydata

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 Prezes Agencji 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) Twoje dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia procesu rekrutacyjnego na kandydatów na ekspertów zewnętrznych oceniających pod względem merytorycznym wnioski o dofinansowanie projektów naukowych.

4) Podstawą prawną przetwarzania Twoich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy. oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c w zw. z ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (t.j. Dz. U. 2019, poz. 447) oraz art. 6 ust. 1 lit. e RODO, gdzie zadaniem realizowanym w interesie publicznym jest przeprowadzenie oceny wniosków składanych do ogłaszanych przez Administratora konkursów.

5) Twoje dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji wyżej wymienionych celu, tj. do momentu zakończenia rekrutacji na kandydatów na ekspertów zewnętrznych oceniających pod względem merytorycznym wnioski o dofinansowanie projektów naukowych.

6 Twoje dane osobowe mogą zostać udostępnione wyłącznie podmioty uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, obsługujące systemy teleinformatyczne Administratora oraz udostępniające narzędzia teleinformatyczne (m.in. usługi hostingu, usługi w chmurze) czy świadczące usługi kurierskie.

7) Twoje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

8) Posiadasz prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.

9) Posiadasz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

10) Posiadasz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego- Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

11) Podanie Twoich danych w jest dobrowolne, jednak konieczne do prawidłowego przeprowadzenia postępowania rekrutacyjnego na kandydatów na ekspertów zewnętrznych oceniających pod względem merytorycznym wnioski o dofinansowanie projektów naukowych.

12) 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. Wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wypełniają osoby prowadzące działalność gospodarczą. [↑](#footnote-ref-2)