**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PROJEKTU**

**finansowanego lub współfinansowanego ze środków zewnętrznych**

|  |
| --- |
| **Dane ogólne** |
| **1.** | Nazwa programu/numeru działania/inicjatywy/funduszu |  |
| **2.** | Numer konkursu/naboru |  |
| **3.** | Termin składania wniosku |  |
| **4.** | Link do strony konkursu/naboru |  |
| **5.** | Rola NIO-PIB w ramach projektu  | [ ]  Partner[ ]  Lider |
| **6.** | Nazwa jednostki NIO-PIB opracowującej projekt lub uczestniczącej w projekcie jako partner |  |
| **7.** | Nazwa pozostałych jednostek Instytutu, które będą zaangażowane w rzeczową realizację projektu |  |
| **8.** | Pozostali partnerzy w projekcie |  |
| **9.** | Wnioskodawca/inicjator: tytuł/stopień, imię i nazwisko, telefon, adres e-mail, nr pracownika |  |
| **10.** | Proponowany kierownik/ koordynator projektu: tytuł/stopień, imię i nazwisko,telefon, adres e-mail, nr pracownika *(jeśli inny niż* *osoba wskazana w pkt. 9)* |  |
| **11.** | Tytuł projektu w języku polskim |  |
| **12.** | Tytuł projektu w języku obcym |  |
| **13.** | Akronim projektu (jeżeli dotyczy) |  |
| **14.** | Planowany okres realizacji projektu w miesiącach] |  |
| **15** | Planowany termin rozpoczęcia realizacji projektu (wskaż datę w kalendarzu) |  |
| **16.** | Słowa kluczowe w j. polskim |  |
| **17.** | Czy projekt wpisuje się w perspektywiczne kierunki działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej?  | [ ]  TAK[x]  NIE |
| **18.** | Jeżeli tak, wskaż właściwe | [ ]  Epidemiologia i zdrowie publiczne w onkologii[ ]  Specjalistyczne metody diagnostyki onkologicznej[ ]  Immunoonkologia, terapie genowe i komórkowe[ ]  Optymalizacja i indywidualizacja terapii przeciwnowotworowych[ ]  Biobankowanie i tworzenie nowych modeli nowotworowych do badań podstawowych i przedklinicznych[ ]  Etiopatogeneza nowotworów |
| **19.** | Jeżeli w punkcie 17 zaznaczono NIE uzasadnij potrzebę realizacji projektu: |
| Uzasadnienie (max. 500 znaków) |
| **20**. | Wskaż cele strategiczne z którym zgodny jest projekt:  | [ ]  Rozwój i zatrudnienie profesjonalne kadry naukowej[ ]  Inwestycje w infrastrukturę wykorzystanie nowoczesnych narzędzi badawczych analitycznych i diagnostycznych[ ]  Pozyskanie środków na badania naukowe w otwartych konkursach grantowych[ ]  Tworzenie unikalnych repozytoriów materiału biologicznego do badań naukowych i usług komercyjnych[ ]  Pozycja lidera w pozyskiwaniu środków na niekomercyjne badania kliniczne |
| **Dane finansowe** |
| **21.** | Szacowany koszt całego projektu |  |
| **22.** | Szacowany koszt przypadający na NIO-PIB |  |
| **23.** | Wartość dofinansowania |  |
| **24.** | Maksymalny dopuszczalny % kosztów pośrednich (finansowe) |  |
| **25.** | Proponowany % kosztów pośrednich |  |
| **26.** | Czy projekt wymaga wniesienie wkładu własnego (finansowe) | [ ]  TAK[ ]  NIEPodaj wymaganą wysokość wkładu własnego |
| **27.** | Proszę o wskazanie proponowanego źródła pokrycia wkładu własnego |  |
| **28.** | Czy projekt wymaga poniesienia dodatkowych kosztów przed terminem złożenia wniosku? | [ ]  TAK[ ]  NIE |
| **29.** | Jeżeli w punkcie 28 zaznaczono TAK należy podać wymiar kosztów oraz wskazać proponowane źródła pokrycia |  |
| **30.** | Rodzaje wydatków planowane do poniesienia w okresie realizacji projektu (zaznacz właściwe) (finansowe) | [ ]  wynagrodzenia[ ]  stypendia[ ]  aparatura naukowo-badawcza[ ]  Inne urządzenia[ ]  ubezpieczenie[ ]  sprzęt medyczny[ ]  koszt zakupu leków[ ]  odczynniki[ ]  materiały zużywalne[ ]  tłumaczenia/korekty językowe[ ]  publikacje[ ]  przygotowanie projektu budowlanego[ ]  prace budowlane[ ]  usługi merytoryczne zlecone[ ]  usługi medyczne zewnętrzne[ ]  usługi medyczne wewnętrzne[ ]  szkolenia[ ]  wyjazdy służbowe[ ]  koszty staży zagranicznych[ ]  Inne (wskaż jakie)……………………………… |
| **31.** | Nazwa instytucji przyznającej finansowanie (kto daje środki na koniec kategorii finansowej) | [ ]  Narodowe Centrum Nauki[ ]  Narodowe Centrum Badań i Rozwoju[ ]  Agencja Badań Medycznych[ ]  Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej[ ]  Komisja Europejska[ ]  Minister Zdrowia[ ]  Minister właściwy ds. Nauki[ ]  Narodowa Agencja Wymiany Akademickiej[ ]  Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego[ ]  Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego[ ]  Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego[ ]  Fundacja ……………………….(nazwa fundacji)[ ]  Inna (niewymieniona powyżej) ………………………………. |
| **Dane dodatkowe** |
| **32.** | Aparatura planowana do zakupu w ramach realizacji projektu (o ile dotyczy) wraz z planowanym miejscem jej posadowienia |  |
| **33.** | Potrzeby organizacyjne niezbędne do realizacji projektu w tym: gabinet lekarski, sala konferencyjna itp. |  |
| **34.** | Niezbędny personel medyczny i niemedyczny niezbędny do realizacji projektu |  |
| **35.** | Sprzęt będący w posiadaniu jednostki niezbędny do realizacji projektu |  |
| **36.** | Określenie procedur jakie będą wykonywane w trakcie realizacji projektu | [ ]  komercyjne[ ]  finansowane przez NFZ[ ]  konieczne do wyliczenia |
| **37.** | Czy wyniki, które powstały w ramach projektu mogą podlegać ochronie prawami własności Intelektualnej zwłaszcza własności przemysłowej typu wynalazek? | [ ]  TAK[ ]  NIE |
| **38.** | Czy przewidywane jest komercjalizacja wyników badań?  | [ ]  TAK[ ]  NIE |
| **39.** | Jeżeli w punkcie 38 zaznaczono odpowiedź TAK, proszę określić jakiego rodzaju komercjalizacja jest planowana: | [ ]  sprzedaż wyników badań naukowych, pracrozwojowych lub know-how związanego z tymi wynikami podmiotowi trzeciemu[ ]  udostępnienie podmiotowi trzeciemuwyników badań naukowych lub know-how, w szczególności na podstawie umowy licencyjnej, najmu oraz dzierżawy[ ]  wdrożenie we własnej działalności, np.poprzez realizację usług badawczych na zlecenie podmiotów zewnętrznych w oparciu o wyniki wyników badańnaukowych lub know-how[ ]  komercjalizacja pośrednia – powołanieodrębnej spółki w celu wdrożenia lub przygotowania do wdrożenia wyników badań naukowych, prac rozwojowych lub know-how związanego z tymi wynikami we współpracy  |
| **40.** | Przetwarzanie danych osobowych w projekcie | [ ]  TAK[ ]  NIE |
| **41.** | Jeżeli w punkcie 40 zaznaczono odpowiedź TAK, proszę określić rodzaj przetwarzanych danych osobowych | [ ]  dane osobowe zwykłej kategorii (np. imię i nazwisko, adres e-mail, adres zamieszkania, numer telefonu, miejsce zatrudnienia, PESEL, itp.)[ ]  dane osobowe szczególnej kategorii tzw.dane wrażliwe zgodnie z art. 9, ust. 1 RODO(np. stan zdrowia w tym niepełnosprawności,pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne, dane genetyczne) |
| **42.** | Rodzaj projektu | [ ] Naukowo-badawczy[ ] Inwestycyjny[x] Szkoleniowy/dydaktyczny[ ] z zakresu zdrowia publicznego |
| **43.** | Rodzaj prowadzonych badań | [ ]  badania naukowe podstawowe[ ]  badania naukowe stosowane[ ]  prace rozwojowe[ ]  prace wdrożeniowe[ ]  badania kliniczne  |
| **44.** | Wnioskuję o wydanie pełnomocnictwa upoważniającego do złożenia wniosku o dofinansowanie | [ ]  TAK[ ]  NIE |

**KRÓTKI OPIS PROJEKTU wraz ze wskazaniem głównego celu:**

[Max 2000znaków]

**ANALIZA RYZYKA (podać przynajmniej 3 potencjalne zdarzenia)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zdarzenie(opisać) | Prawdopodobieństwo wystąpienia (niskie/średnie/wysokie) | Konsekwencje i straty (niskie/średnie/wysokie) | Reakcja na wypadek materializacji ryzyka (opisać) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**BUDŻET PROJEKTU – Proszę wypełnić poniższy kosztorys budżetu oraz dodatkowo, w szczegółach, w osobnym dokumencie klikając ikonę excela à**

|  |  |
| --- | --- |
| **Budżetowanie projektu** | **ogółem lata (20\_\_ - 20\_\_)** |
| **Finansowanie ogółem** | **Finansowanie w projekcie**  | **Środki własne NIO** |
| Koszty ogółem | Koszty bezpośrednie | Koszty pośrednie | Koszty ogółem | Koszty bezpośrednie | Koszty pośrednie | Koszty ogółem | Koszty bezpośrednie | Koszty pośrednie |
| **I. Koszty** | **ZADANIE.\*\*** | **KOSZTY** |
| 1 | Koszty osobowe, w tym: |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2 | Odczynniki, w tym: |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 3 | Leki i wyroby medyczne, w tym: |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 4 | Koszty usług obcych \*), w tym: |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 5 | Koszty usług wewnętrznych, w tym: |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| a | procedury diagnostyczne |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| b | procedury medyczne |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| c | inne |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 6 | koszty administracyjne, w tym: |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| **II. Inwestycje i zakupy** |  | **Inwestycje i zakupy** |
| 1 | Aparatura medyczna - zakup: |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 2 | Inne środki trwałe lub WNiPy - zakup: |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 3 | Wyposażenie - zakup: |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
| 4 | Inwestycje remontowo - budowlane: |   | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł | 0,00 zł |
|  | **Ogółem koszty projektu** |  | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** | **0,00 zł** |
| \*) - szkolenia, sympozja, koszty delegacji, koszty wydawnictw, usługi materialne (transport, poczta, itp.), koszty ekspertów\*\*) o ile wymagany podział na zadania zgodnie z wnioskiem  |

|  |  |
| --- | --- |
| Opracował (podpis Inicjatora) |  |
| Zgoda kierownika jednostki organizacyjnej, w której zatrudniony jest Inicjator projektu |  |
| Zgoda/zgody kierowników pozostałych jednostek organizacyjnych zaangażowanych w realizację projektu (jeżeli dotyczy) | Nazwa jednostki:………………………………………………[ ]  [ ]  Podpis: |
| Nazwa jednostki:………………………………………………Podpis: |
| Nazwa jednostki:………………………………………………Podpis: |
| Nazwa jednostki:………………………………………………Podpis: |
| **KONIEC (dalsze części wypełnia Jednostka Kompetencyjna)****Wypełnioną wersję elektroniczną i papierową formularza proszę przekazać do Jednostki Kompetencyjnej**  |
| Podpis Kierownika Jednostki Kompetencyjnej: | [data, pieczęć, podpis] |
| Akceptacja właściwego Dyrektora ds. Naukowych | [data, pieczęć, podpis] |
| Jeżeli projekt przewiduje zakup aparatury (pkt. 32) wymagana jest opinia Kierownika właściwego Działu Technicznego (nie dotyczy projektów obejmujących inwestycje polegające na budowie nowych budynków) |
| Opinia kierownika Działu Aparatury | Wskazana do zakupu aparatura/urządzenie:[ ] wymaga dostosowania pomieszczenia[ ] nie wymaga dostosowania pomieszczeniaPrace wymagane do wykonania:Szacowana koszty dostosowania pomieszczeń: ……………………………………………………………………..[data, pieczęć, podpis] |
| Jeżeli planowany projekt wymaga wniesienia przez NIO-PIB wkładu własnego i/lub wymaga określenia przez Księgowość możliwości odliczenia podatku VAT, wymagane są poniższe akceptacje.  |
| Akceptacja Głównego Księgowego | [data, pieczęć, podpis] |
| Akceptacja Dyrektora właściwego ds. Administracyjnych i finansowych | [data, pieczęć, podpis] |

Zgoda Dyrektora Instytutu/Oddziału Instytutu na przygotowanie i złożenie wniosku o dofinansowanie:

[ ]  ZGODA

[ ]  BRAK ZGODY

Wyrażam [ ]  zgodę/[ ] nie wyrażam zgody na wydanie pełnomocnictwa dla wnioskodawcy upoważniającego go do złożenia wniosku o dofinansowanie.

 ……………………………………………………

 Data/pieczęć/podpis