

Karta Oceny Formalnej Wniosku o nr.....



AGENCJA
BADAŃ
MEDYCZNYCH

KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE

Konkurs otwarty na niekomercyjne badania kliniczne

NUMER KONKURSU: ABM/2022/1

TYTUŁ PROJEKTU:.....

WNIOSKODAWCA:.....

DATA WPŁYWU WNIOSKU:

OCENIAJĄCY:

KRYTERIA FORMALNE (zaznaczyć właściwe znakiem „X”)			
1.	<p>Czy Wniosek został złożony w odpowiedniej formie oraz w terminie za pomocą Systemu teleinformatycznego ?</p> <p>(Kryterium nie podlega uzupełnieniu)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAK</td> <td><input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK		
2.	<p>Czy Wniosek został złożony przez uprawniony podmiot?</p> <p>(Kryterium nie podlega uzupełnieniu)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAK</td> <td><input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK		
3.	<p>Czy Wnioskodawca złożył oświadczenie o niefinansowaniu i nieubieganiu się o finansowanie zadań objętych Wnioskiem ze środków publicznych pochodzących z innych źródeł (np. Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, Narodowego Centrum Nauki, Narodowego Funduszu Zdrowia)?</p> <p>(Kryterium nie podlega uzupełnieniu)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAK</td> <td><input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK		
4.	<p>Czy Wniosek wypełniono w języku polskim lub angielskim?</p> <p>(Kryterium podlega uzupełnieniu)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAK</td> <td><input type="checkbox"/> NIE – WEZWAĆ DO UZUPEŁNIENIA</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – WEZWAĆ DO UZUPEŁNIENIA
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – WEZWAĆ DO UZUPEŁNIENIA		
5.	<p>Czy wszystkie obligatoryjne pola Wniosku zostały wypełnione?</p> <p>(Kryterium podlega możliwości uzupełnienia)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAK</td> <td><input type="checkbox"/> NIE – WEZWAĆ DO UZUPEŁNIENIA</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – WEZWAĆ DO UZUPEŁNIENIA
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – WEZWAĆ DO UZUPEŁNIENIA		
6.	<p>Maksymalny czas trwania Projektu wynosi nie dłużej niż 6 lat (72 miesiące).</p> <p>(Kryterium podlega możliwości uzupełnienia)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAK</td> <td><input type="checkbox"/> NIE – WEZWAĆ DO UZUPEŁNIENIA</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – WEZWAĆ DO UZUPEŁNIENIA
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – WEZWAĆ DO UZUPEŁNIENIA		
7.	<p>Czy Wnioskodawca przewidział monitorowanie wskaźników obowiązkowych dla Konkursu i czy ich wartość jest większa niż „zero”, tj. czy Wnioskodawca przewidział monitorowanie następujących wskaźników:</p> <ul style="list-style-type: none"> • liczba pacjentów objętych niekomercyjnymi badaniami klinicznymi. • liczba zwalidowanych innowacyjnych metod diagnostycznych i/lub terapeutycznych opracowanych w ramach niekomercyjnych badań klinicznych. • liczba uruchomionych niekomercyjnych badań klinicznych w Polsce zgodnie z wymogami regulatorowymi. • liczba ośrodków realizujących niekomercyjne badania kliniczne w Polsce. • liczba wspólnych publikacji, doniesień konferencyjnych itp. raportujących o postępach w opiece nad pacjentami. • liczba bankowanych próbek materiału genetycznego (umożliwiających sekwencjonowanie całogenomowe lub sekwencjonowanie eksomów) 		

	(Kryterium podlega uzupełnieniu)		
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – WEZWAĆ DO UZUPEŁNIENIA	
8.	<p>Czy Wnioskodawca dołączył do Wniosku wymagane załączniki, tj.</p> <ul style="list-style-type: none"> dokument potwierdzający upoważnienie do złożenia Wniosku podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym¹, w przypadku Wnioskodawcy wielopodmiotowego podpisany przez Lidera Konsorcjum (format podpisu PAdES z zastosowaniem symbolu graficznego); umowę Konsorcjum podpisaną kwalifikowanym podpisem elektronicznym przez Lidera Konsorcjum oraz Konsorcjantów (format podpisu PAdES z zastosowaniem symbolu graficznego) w istotnym zakresie zgodną ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 3 do Regulaminu - jeśli dotyczy; prawidłowo wypełnione oświadczenie o kwalifikowalności VAT składane przez wszystkie podmioty wskazane w metryce Wniosku podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym (format podpisu PAdES z zastosowaniem symbolu graficznego) z wyłączeniem Konsorcjanta/ów zagranicznego/ych; CV Głównego badacza zgodne ze wzorem ABM; projekt protokołu badania klinicznego. <p>Kryterium podlega uzupełnieniu w zakresie uzupełnienia ww. dokumentów.</p>		
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – WEZWAĆ DO UZUPEŁNIENIA	
9.	<p>Czy Projekt dotyczy Niekomercyjnego badania klinicznego produktu leczniczego?</p> <p>(Kryterium nie podlega uzupełnieniu)</p>		
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE – ODRZUCIĆ WNIOSEK	
10.	<p>Czy Projekt spełnia wszystkie kryteria formalne?</p>		
	<input type="checkbox"/> Tak – Projekt skierować do oceny merytorycznej	<input type="checkbox"/> Nie – uzasadnić i wezwać do uzupełnienia braków formalnych Wniosku (w przypadku braków w kryteriach podlegających uzupełnieniu)	<input type="checkbox"/> Nie – uzasadnić i odrzucić Wniosek (w przypadku braków formalnych wniosku, w kryteriach nie podlegających uzupełnieniu)
<p>UZASADNIENIE OCENY SPEŁNIENIA KRYTERIÓW FORMALNYCH (WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU ZAZNACZENIA ODPOWIEDZI „NIE” POWYŻEJ)</p>			

.....
/Miejscowość, data/.....
/podpis/

¹ W przypadku gdy reprezentacja wynika z KRS nie jest wymagane dołączenie odpisu do Wniosku.