**Formularz danych do porozumienia o współpracy/umowy konsorcjum**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informacje dot. projektu** | | |
|  | **Tytuł projektu** (musi być identyczny z tytułem podanym we wniosku o finansowanie, proszę podać akronim jeżeli dotyczy) | w języku polski  w języki angielskim (jeżeli dotyczy) |
|  | **Instytucja finansująca** |  |
|  | **Nazwa programu i numer konkursu** |  |
|  | **Liczba jednostek wnioskujących o dofinansowanie** |  |
|  | **Rola GUMed w projekcie** (proszę wybrać właściwe) | Wybierz z listy |
|  | **Lider/Jednostka koordynująca projekt** (jeżeli nie GUMed) |  |
| **Informacje dot. GUMed** | | |
|  | **Dane Jednostki do porozumienia/umowy** | **Nazwa**: Gdański Uniwersytet Medyczny  **Adres**: ul. Marii Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210 Gdańsk  **NIP**: 584-09-55-985 **REGON**: 000288627  **Osoba reprezentująca Jednostkę**: prof. dr hab. Michał Markuszewski – Prof. ds. nauki |
|  | **Kierownik projektu/zespołu naukowego** (po stronie GUMed) | **Stopień/tytuł**: **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |
|  | **Osoba do kontaktu w trakcie realizacji projektu** (jeśli inna niż w pkt. 5) | **Stopień/tytuł**: **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |
|  | **Osoba do kontaktu ws. porozumienia/umowy** | **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |
| **Informacje dot. członka grupy podmiotów nr 1** | | |
|  | **Dane Jednostki do porozumienia/umowy** | **Nazwa**:  **Adres**:  **NIP**: **REGON**: **KRS** (jeżeli dotyczy):  **Osoba reprezentująca Jednostkę**: |
|  | **Kierownik projektu/zespołu naukowego** | **Stopień/tytuł**: **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |
|  | **Osoba do kontaktu w trakcie realizacji projektu** (jeśli inna niż w pkt. 5) | **Stopień/tytuł**: **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |
|  | **Osoba do kontaktu ws. porozumienia/umowy** | **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |
| **Informacje dot. członka grupy podmiotów nr 2** | | |
|  | **Dane Jednostki** | **Nazwa**:  **Adres**:  **NIP**: **REGON**: **KRS** (jeżeli dotyczy):  **Osoba reprezentująca Jednostkę**: |
|  | **Kierownik projektu/zespołu naukowego** | **Stopień/tytuł**: **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |
|  | **Osoba do kontaktu w trakcie realizacji projektu** (jeśli inna niż w pkt. 5) | **Stopień/tytuł**: **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |
|  | **Osoba do kontaktu ws. porozumienia/umowy** | **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |
| **Informacje dot. członka grupy podmiotów nr 3** | | |
|  | **Dane Jednostki** | **Nazwa**:  **Adres**:  **NIP**: **REGON**: **KRS** (jeżeli dotyczy):  **Osoba reprezentująca Jednostkę**: |
|  | **Kierownik projektu/zespołu naukowego** | **Stopień/tytuł**: **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |
|  | **Osoba do kontaktu w trakcie realizacji projektu** (jeśli inna niż w pkt. 5) | **Stopień/tytuł**: **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |
|  | **Osoba do kontaktu ws. porozumienia/umowy** | **Imię i nazwisko**:  **Telefon kontaktowy**: **Adres e-mail:** |