**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:**  |