**INSTRUKCJA**

Osoba planująca złożyć wniosek o dofinansowanie projektu składa do Biura Projektów Informacyjną Kartę Projektu nie później niż:

• na 28 dni przed zamknięciem naboru dla projektów wymagających zawarcia przed złożeniem wniosku umowy konsorcjum/umowy o współpracy lub

• na 21 dni przed zamknięciem naboru w pozostałych przypadkach.

W przypadku wątpliwości w zakresie poniższego dokumentu oraz w celu pozyskania wsparcia przy uzupełnianiu informacji w Karcie, prosimy o kontakt z Biurem Projektów.

**UWAGA!** Informacyjna Karta Projektu **nie dotyczy** projektów:

1. wymagających wkładu własnego Uczelni;
2. zakładających koszty niekwalifikowane, tj. koszty niezbędne do realizacji projektu, które nie mogą być poniesione z funduszy projektu;
3. w ramach których konieczne jest poniesienie dodatkowych kosztów, związanych z tzw. trwałością lub późniejszym utrzymaniem rezultatów projektu, które nie mogą być pokryte z funduszy projektu;
4. przewidujących działania komercjalizacyjne (w tym w szczególności wnioski zakładające komercjalizację produktu jako wskaźnik);
5. wymagających poniesienia dodatkowych nakładów finansowych koniecznych do przygotowania wniosku konkursowego (np. zewnętrzne ekspertyzy, specjalistyczne analizy);
6. objętych w GUMed procedurą konkursu wewnętrznego;
7. w ramach których planowana jest realizacja niekomercyjnych badań klinicznych.

W przypadku wystąpienia któregokolwiek z powyższych czynników, należy wypełnić Rozszerzoną Kartę Projektu (w porozumieniu z opiekunem naboru z Biura Projektów lub z Działu Niekomercyjnych Badań Klinicznych).

W uzasadnionych przypadkach, innych niż wymienione w pkt. 1-7, Komitet Sterujący ds. Projektów może zdecydować o kontynuowaniu postępowania przy wykorzystaniu Rozszerzonej Karty Projektu i konieczności przedstawienia projektu do akceptacji Komitetu Sterującego ds. Projektów.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Roboczy tytuł projektu |  | |
| 2. | Osoba zgłaszająca koncepcję projektu  (imię, nazwisko, stopień, tytuł, dane kontaktowe – nr tel., e-mail) |  | |
| 3. | Przełożony osoby zgłaszającej koncepcję  (imię, nazwisko, stopień, tytuł, e-mail) |  | |
| 4. | Jednostka GUMed przewidziana do realizacji projektu (np. wydział, katedra, klinika, zakład) |  | |
| 5. | Inne jednostki GUMed zaangażowane w planowaną realizację projektu |  | |
| 6. | W przypadku konieczności zawarcia porozumienia/ umowy konsorcjum prosimy o podanie partnerów projektu (gdy GUMed jest Partnerem – proszę wskazać Lidera projektu). |  | |
| 7. | Nazwa Programu/ konkursu/ instrumentu finansowego, do którego zostanie złożony wniosek projektowy |  | |
| 8. | Termin zamknięcia naboru wniosków |  | |
| 9. | Planowany okres realizacji projektu |  | |
| 10. | Czy przed złożeniem wniosku projekt wymaga zawarcia umowy konsorcjum/ umowy o współpracy? | TAK | NIE |
| 11. | Czy projekt wymaga wkładu własnego ? | TAK | NIE |
| 12. | Czy zakłada koszty niekwalifikowalne? | TAK | NIE |
| 13. | Czy niezbędne jest pokrywanie kosztów trwałości projektu? | TAK | NIE |
| 14. | Czy projekt przewiduje działania komercjalizacyjne? | TAK | NIE |
| 15. | Czy niezbędne jest zamówienie usług zewnętrznych w celu przygotowania projektu? | TAK | NIE |
| 16. | Czy projekt obejmuje niekomercyjne badania kliniczne? | TAK | NIE |

**Oświadczam, że bezpośredni przełożony oraz kierownicy jednostek, w których będzie realizowany projekt, akceptują udział swoich jednostek w przedsięwzięciu.**