Deklaracja aplikowania w konkursie Agencji Badań Medycznych na rozwój projektów badawczo-rozwojowych z obszaru medycyny translacyjnej – TRANSMED I (ABM/2024/8)

|  |  |
| --- | --- |
| **Temat/tytuł badania** |  |
| **Kierownik projektu** |  |
| **Przedmiot badań** | Prosimy o wybranie:* Biomarkery
* Wyroby do diagnostyki medycznej (w tym do diagnostyki medycznej in vitro) i cyfrowe wyroby medyczne
* Repozycjonowane produkty lecznicze (Drug repurposing)
* Produkty lecznicze terapii zaawansowanych (Advanced Therapy Medicinal Products – ATMP)
 |
| **Poziom gotowości technologicznej rozwiązania**  | Prosimy o wybranie:* TRL 2
* TRL 3
* TRL 4
* TRL 5
 |
| **Konsorcjanci** | Prosimy o wybranie:* Wniosek składany samodzielnie,
* Wniosek składany w partnerstwie/konsorcjum – jeśli tak, prosimy o podanie liczby konsorcjantów (max. 4 łącznie z Liderem): ………………
* Planowani konsorcjanci (jeśli dotyczy)
	+ - ……….
		- ……….
		- ……….
* Udział UJCM wyłącznie jako konsorcjanta (Liderem inny podmiot)
 |
| **Czy wnioskowane wsparcie na realizację Projektu stanowić będzie finansowanie wyłącznie działalności niegospodarczej** | Prosimy o wybranie:* Tak
* Nie, dotyczyć będzie również działalności komercyjnej – prosimy o wskazanie podmiotu (konsorcjant), którego dotyczy: …………………………..
 |
| **Liczba ośrodków, w których planowana jest realizacja badania** (jeśli dotyczy) | Prosimy o wybranie:* Nie dotyczy
* Dotyczy, prosimy o podanie liczby oraz nazw i adresów ośrodków (Szpitale, POZ): ……
 |
| **Przybliżony budżet projektu** |  |
| **Planowany czas trwania projektu**  | Prosimy o podanie (min. 1 rok [12 msc.]- max. 3 lata [36 msc.]): …………………………. |
| **Czy projekt zakłada realizację eksperymentu medycznego** | Prosimy o wybranie:* Nie
* Tak – prosimy o informację czy posiada opinię Komisji Bioetycznej:
	+ - Nie
		- Tak, Opinia numer: …………………………………………..
 |
| **Cel Projektu** (max. 1 strona) | Opis problemu do rozwiązania, stawiane pytania lub hipotezy badawcze: |
| **Znaczenie Projektu**(max. 1 strona) | Dotychczasowy stan wiedzy, uzasadnienie podjęcia problemu badawczego, uzasadnienie nowatorskiego charakteru badań, znaczenie wyników projektu dla rozwoju danej dziedziny naukowej  |
| **Opis wpływu Projektu na poprawę zdrowia obywateli**(max. 1 strona) | Prosimy o przedstawienie opisu wpływu na:1) ratowanie życia i uzyskanie pełnego wyzdrowienia i/lub ratowanie życia i uzyskanie poprawy stanu zdrowia:2) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi:3) poprawę jakości życia: |
| **Czy Projekt opiera się na wynikach wcześniejszych projektów badawczych finansowanych w ramach otwartych konkursów**(max. 1 strona) | Jeśli tak, prosimy o opis wcześniejszego projektu (numer, instytucję finansującą, koszt projektu, w tym kwotę dofinansowania, status projektu) i ich kluczowych wyników oraz wskazanie, w jaki sposób te wyniki zostaną wykorzystane w nowym projekcie: |
| **Aparatura/sprzęt planowany do nabycia lub wytworzenia w projekcie** | Nazwa i przeznaczenie: |
| **Opis podwykonawstwa (jeśli dotyczy)** |  |
| **Ryzyka/zagrożenia/ograniczenia związane z realizacją zadań przewidzianych w Projekcie** |  |
| **Deklaracja dotycząca perspektywy rozwoju po zakończeniu Projektu** | Prosimy o wybranie:* Wdrożenie wyników Projektu w ramach własnego przedsiębiorstwa Wnioskodawcy/Konsorcjum
* Udzielenie licencji (na warunkach rynkowych) na korzystanie z praw do wyników Projektu podmiotowi trzeciemu prowadzącemu działalność gospodarczą
* Sprzedaż praw do wyników Projektu w celu wdrożenia ich do działalności gospodarczej podmiotu trzeciego
 |
| **Wskaźniki** | Prosimy o podanie wartości wskaźnika:* Liczba badań w zakresie innowacyjnych technologii medycznych: …………..
* Liczba zgłoszeń patentowych/patentów w obszarze medycyny: ……………..
* Liczba publikacji powstałych na bazie przeprowadzonych badań po zgłoszeniu patentowym/patencie: ………………………….
* Liczba zwalidowanych technologii medycznych o zwiększonej gotowości technologicznej (TRL 5), które mogą być dopuszczone do kolejnego etapu rozwoju technologii, tj. gotowych do badań klinicznych.: …………………………….
 |