**Ataxia Advisory Committee for Therapeutics (ACT)**

Ataxia ACT Office

Dr. Holm Graessner

Institute of Medical Genetics & Applied Genomics

University Hospital Tübingen

Calwerstr. 7

72076 Tübingen

Germany

**Ataxia ACT Review: Pre-application Form**

[Company/Institution]

[Meeting date]

[Meeting location]

Please complete and return your Ataxia ACT pre-application form to: AtaxiaGlobalOffice@med.uni-tuebingen.de

**Company/organization/ institute name:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Proponent name:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Proponent‘s email address:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Proponent‘s telephone number:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Target disease:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Proposed therapy / (biological) target:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

(for non-pharmacological treatment please provide information on proof of concept, safety data and Relevance to Disease)

**Proof of concept and potency, cell studies, IC50:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Proof of concept, animal studies, and effective dose:**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**PK data available?**[ ]  Yes [ ]  No

**Safety data available?**[ ]  Yes [ ]  No

**Stage of development (check status)**

[ ]  Lead optimization: Multiple compounds being evaluated to identify a clinical candidate

[ ]  Candidate: Single compound / biologic selected for development

[ ]  Pre-IND: GLP safety and GMP chemistry underway

[ ]  Phase 1: IND filed

[ ]  Phase 2: Phase 1 complete

**Relevance to Disease. Why Important? (500 words max)**Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**List specific guidance and questions requested from the Ataxia ACT.**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**The application is from:**

[ ]  industry

[ ]  academia

**For industry applications: number of employees:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**I confirm that after my pre-application is accepted by the Ataxia ACT, my company will receive an applicant agreement and an invoice for the review process.**

[ ]  yes

**Invoice address:**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**VAT registration number (if EU organisation):**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.