****

معاونت تحقیقات و فناوری

مرکز رشد فناوری سلامت

نام متقاضی/موسسه/شرکت:

تاریخ:

کد ایده:



کد ایده:

تاریخ:

پیوست:

معاونت تحقیقات و فناوری

مرکز رشد فناوری سلامت

1. **مشخصات واحد**

نام هسته / شركت / موسسه :

وضعيت حقوقي واحد : ثبت شده  ثبت نشده  ٭ شماره و تاريخ ثبت

زمينه تخصصي فعاليت واحد :

نام و نام خانوادگي مسئول / مدير واحد :

آدرس ، تلفن ، نمابر و پست الكترونيك مسئول / مدير واحد :

٭ برای واحدهای دارای وضعیت حقوقی

1. **مشخصات موسسين/تيم كاري واحد**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام و نام‌خانوادگي | آخرين مدرك ‌تحصيلي | گرايش/‌تخصص | شغل ومحل ‌كارفعلي | وضعيت نظام وظيفه٭٭ | | | نوع همکاری در واحد٭٭٭ | | | | |
| همکاری | | | حضور | |
| ا | ن | م | م | هـ | م ش | ت | پ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

٭٭ ا: انجام شده ، ن: نامشخص ، م: مشمول

٭٭٭ م: موسس ، هـ : همکار ، م ش : مشاور، ت : تمام وقت ، پ : پاره وقت

1. خلاصه سوابق فعالیت­های تحقیقاتی/ توسعه­ای و صنعتی موسسين و همکاران تمام وقت واحد ضميمه گردد.

4- نوع فعالیت اصلی که واحد در مرکز رشد به آن خواهد پرداخت :

□ کسب دانش فنی □ طراحی محصول نمونه/ خدمات

□ تولید محصول نمونه □ بازاریابی و جذب مشارکت مالی

□ تجاری سازی دستاوردهای تحقیقاتی قبلی □ سایر(با توضیحات)

5- خلاصه­ای از ایده­محوری/ زمینه کاری پیش­بینی شده برای واحد، به همراه سابقه فعالیت­های مرتبط انجام شده ( حداکثر در یک صفحه):

6- متقاضی استقرار در:

* دوره رشد
* دوره رشد مقدماتی

7- به طور خلاصه علت درخواست استقرار در مرکز رشد و انتظارات خود را از این مرکز بیان نمایید

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: تاریخ تکمیل : امضاء: