

فرم ارائه ایده در استارت آپ ویکند فناوری اطلاعات سلامت

دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

**عنوان ایده :**

**مشخصات عمومی ارائه‌دهندگان ایده :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **سازمان مربوطه** | **شماره تلفن همراه (دردسترس در بستر مجازی)** | **سمت/شغل** | **رشته و مقطع تحصیلی** | **ایمیل** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**شرحي از ايده / محصول خود را با ذکر مشخصات فنی و تکنولوژیکی بیان نمائید. در صورتی که طرح همراه با نقشه، نمونه اولیه و یا محصول می باشد، نقشه ها و یا عکس ها به فرم پذیرش پیوست شود.**

**تاییدیه اصالت ایده و ارائه کننده ایده**

اینجانب ...................................... به عنوان نماینده تیم فناورانه تأیید و تاکید می‌کنم آنچه به دبیرخانه رویداد استارت آپ ویکند فناوری اطلاعات سلامت مرکز رشد دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در قالب این فرم ارائه شده، اصیل است، نتیجه تحقیقات اینجانب و تیم عنوان شده در این فرم است و متضمن نقض حقوق شخص حقیقی یا حقوقی دیگری نیست. همچنین مسؤولیت پاسخگویی دربارة هرگونه اعتراض یا ادعا در مورد این دستاورد­- نوآوری مستقیماً متوجه اینجانب خواهد بود و مسولان برگزاری این رویدادهیچ­گونه مسوولیتی در این باره نخواهند داشت. همچنین ایده مذکور تا کنون در هیچ یک از رویدادهای کارآفرینی، مراکز رشد یا پارک های علم و فناوری در سراسر کشور ارائه نشده است.

**نام و نام خانوادگی سرگروه و امضاء**