**کاربرگ شماره 1**

تاریخ ارائه طرح/ ایده :

شماره پرونده:

**کاربرگ مشخصات تیم اجرایی متقاضی پذیرش در**

**مرکز نوآوری ........................ استان ............................**

1. **مشخصات مجری:**
   1. **عنوان طرح/ ایده:**

انگلیسی:

فارسی:

* 1. **نام نماینده گروه:**

آدرس:

تلفن: تلفن همراه:

کدپستی: پست الکترونیکی:

1. **مشخصات نماينده و اعضاي گروه اجرايي**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگي** | **مدرك تحصيلي** | **رشته** | **سال اخذ** | **محل اخذ** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**3- طرحها و پروژه­هاي انجام شده توسط اعضاء** (سوابق مرتبط با فعاليتهاي انجام شده به ضميمه ارائه گردد.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **عنوان طرح/پروژه** | **سمت درپروژه** | **محل اجرا** | **تاريخ شروع** | **تاريخ پايان** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**4- فعالیت های انجام شده با محوریت طرح ارائه شده (توسط اعضای گروه):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **عنوان فعالیت** | **محل اجرا** | **تاریخ شروع** | **تاریخ پایان** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |

**تعهد نامه تیم نوآور:**

1. بدينوسيله اعلام ميدارد كليه مطالب مندرج در پرسشنامه براساس طرح مصوب، اسناد و مدارك و مطالعات انجام شده توسط اينجانب .......................................................... بوده و مسئوليت صحت و سقم آن را مي پذيرم. چنانچه تغييري درمفاد آن صورت گيرد و يا اطلاعات جديدي فراهم گردد در اسرع وقت كتباً به اطلاع مرکز نوآوری سلامت خواهد رسيد.
2. با توجه به ارائه طرح با موضوع ............................................... توسط اینجانب به مرکز نوآوری ........................................................ تمام مسئولیت های ناشی از اجرای آن را در قبال تمام اشخاص حقیقی و حقوقی می پذیرم و در مدت طرح هرگونه ادعا، شکوایه و مواردی از این قبیل علیه مرکز مسئولیت پیگیری و جوابگویی به خواهان به عهده اینجانب می باشد و مرکز نوآوری ........................................................ از تمام ادعاها و خواسته ها مبری بوده و مسئولیت پاسخگویی به هیچ مرجعی را بر عهده نخواهد داشت.

امضا نماينده گروه

تاريخ:

مشخصات تایید کننده:

نام و نام خانوادگی:

رشته تحصیلی: درجه علمی:

تلفن: آدرس

نظر تایید کننده در خصوص کاربردی بودن طرح:

**امضا تایید کننده**