

فرم ثبت نام و معرفی ایده در رویداد استارت‌آپ وبکند تجهیزات پزشکی و دارویی

نکات مهم دبیر خانه رویداد

خواهشمند است هنگام تکمیل فرم به نکات ذیل توجه فرمایید:

. مسئولیت صحت اطلاعات مندرج در فرم بر عهده متقاضی میباشد تمام فیلدهای ستاره دار را حتما تکمیل کنید.

فرم ثبت نام پس از تکمیل در هر دو قالب فایل **word** و **pdf** و به نام ارائه دهنده از طریق آدرس زیر ارسال گردد:

markazroshdskums@gmail.com

چنانچه امکان ارسال فرمهای ثبت نام بصورت پست الکترونیکی فراهم نیست پس از تکمیل فرم آنرا به شماره تلفن

۰۹۱۰۳۸۹۴۸۹۷ و از طریق پیام رسان ایتا ارسال نمایید.

شرکت در این رویداد هیچگونه حق و مالکیتی را برای ارائه دهنده ایجاد و یا از آن صلب نمی کند.

جهت کسب اطلاعات بیشتر با شماره تلفن ۰۹۱۰۳۸۹۴۸۹۷ تماس حاصل نمایید.

	عنوان کلی ایده .
	نام و نام خانوادگی ارائه دهنده
	کد ملی *
	استان و شهرستان
	رشته و مقطع تحصیلی
	نشانی پستی
	شماره تلفن همراه .
	ایمیل :
	سازمان محل فعالیت «
	مقیاس ایده
	آیا ایده مشابه داخلی یا خارجی دارد ؟
	این ایده محصول است یا خدمت ؟

فرم ثبت نام و معرفی ایده در رویداد استارت‌آپ ویکنند فناوری اطلاعات سلامت

ایده خود را در ۱۰۰ کلمه توضیح دهید.

فرم ثبت نام و معرفی ایده در رویداد استارت‌آپ، ویکند فناوری اطلاعات سلامت

فرم ثبت نام و معرفی ایده در رویداد استارت‌آپ ویکند فناوری اطلاعات سلامت

این ایده چرا و چگونه خلق شده است؟

	ذینفعان و مخاطبین ایده
	میزان سرمایه ثابت مورد نیاز
	میزان سرمایه در گردش مورد نیاز
	تعداد نیروی انسانی مورد نیاز
	درآمد ریالی سالیانه
	درآمد ارزی سالیانه
	مزیت اصلی و ویژه ایده

	درصد کاهش یا افزایش مصرف انرژی
	منبع تامین مواد اولیه
	دوره بازگشت سرمایه (ماه)
	شعار استارتاپ شما

اعضای تیم

ردیف	نام و نام خانوانگی	میزان تحصیلات	نقش در استارت آپ	تلفن همراه	ایمیل
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

متخصصین مورد نیاز برای پیشبرد ایده:

متخصصین مورد نیاز	توضیحات

هر توضیح دیگری که فکر میکنید به ارائه ایده شما کمک می کند را بیان کنید: