



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

شرحی از ایده / محصول خود را با ذکر مشخصات فنی و تکنولوژیکی بیان نمایید. 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 درباره هرگونه اعتراض یا ادعا در مورد این دستاورد- نوآوری مستقیماً متوجه اینجانب خواهد بود و مسولان برگزاری این رویداد هیچ‌گونه 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