**Część A**

***Kierownik badania:***

|  |
| --- |
|  |

***Stopień/tytuł naukowy:***

|  |
| --- |
|  |

***Jednostka organizacyjna:***

|  |
| --- |
|  |

***Adres email, telefon:***

|  |
| --- |
|  |

***Tytuł projektu:***

|  |
| --- |
|  |

***Skład zespołu badawczego:***

|  |
| --- |
|  |

***Okres realizacji projektu (od: dd-mm-rrrr do: dd-mm-rrrr):***

|  |
| --- |
|  |

***Opis merytoryczny (do 2500 znaków ze spacjami włącznie):***

|  |
| --- |
|  |

***Cel projektu i spodziewane rezultaty (do 1000 znaków ze spacjami włącznie):***

|  |
| --- |
|  |

***Potencjał naukowy (do 1500 znaków ze spacjami włącznie):***

|  |
| --- |
|  |

***Potencjał aplikacyjny/komercyjny/komercjalizacyjny/usługowy (do 1500 znaków ze spacjami włącznie):***

|  |
| --- |
|  |

***Harmonogram zadań:***

|  |
| --- |
|  |

***Dokładny kosztorys:***

|  |
| --- |
|  |

***Uzasadnienie znaczenia projektu dla Instytutu (do 1000 znaków ze spacjami włącznie):***

|  |
| --- |
|  |

***Wskaźniki deklarowane do osiągnięcia:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wskaźnik (szt.)** | **Krótki opis** | **Wartość docelowa** | **Data realizacji** |
| Publikacja |  |  |  |
| Wniosek grantowy |  |  |  |
| Opracowanie i walidacja metody badawczej/diagnostycznej zakończone zgłoszeniem patentowym |  |  |  |
| Opracowanie i walidacja produktu leczniczego, wyrobu medycznego, urządzenia medycznego, wyrobu kosmetycznego, suplementu diety zakończone zgłoszeniem patentowym |  |  |  |
| Podniesienie poziomu gotowości technologicznej rozwiązania minimum o 2 poziomy TLR1 |  |  |  |
| Przygotowanie wypracowanego rozwiązania do wejścia w proces komercjalizacji i /lub przygotowanie pełnej oferty usługowej dla rynku zewnętrznego[[1]](#footnote-1) |  |  |  |
| Złożenie związanego z tematyką Projektu Wdrożeniowego zgłoszenia patentowego, w którym wynalazcą lub jednym z wynalazców będzie Kierownik a jednostką zgłaszającą IMDiK PAN1 |  |  |  |
| Komercyjne świadczenie usług1 |  |  |  |
| Inne |  |  |  |

Dotyczy Projektów Wdrożeniowych

***Data i podpis Wnioskodawcy:***

|  |
| --- |
|  |

**Część B**

**(wypełniają wyłącznie uczestnicy szkół doktorskich)**

***Imię i nazwisko Opiekuna naukowego:***

|  |
| --- |
|  |

***Adres email, telefon:***

|  |
| --- |
|  |

***Opinia na temat opisu merytorycznego projektu (do 300 znaków ze spacjami włącznie):***

|  |
| --- |
|  |

***Opinia na temat celu projektu (do 300 znaków ze spacjami włącznie):***

|  |
| --- |
|  |

***Opinia na temat harmonogramu zadań (do 300 znaków ze spacjami włącznie):***

|  |
| --- |
|  |

***Opinia na temat kosztorysu (do 300 znaków ze spacjami włącznie):***

|  |
| --- |
|  |

***Opinia na temat znaczenia projektu dla Instytutu (do 300 znaków ze spacjami włącznie):***

|  |
| --- |
|  |

***Podpis Opiekuna:***

|  |
| --- |
|  |

1. [↑](#footnote-ref-1)