طرح با مشخصات ذیل به پيوست جهت بررسی امکان پذیری استقرار واحدهاي فناور در مراکز رشد دانشگاه علوم پزشکی اهواز ارائه شده است. هدف از ارزشيابي، **تعيين امکان‌پذيري استقرار هسته فناور در دوره‌ي رشد مقدماتي و یا دوره رشد با چشم‌انداز برپايي کسب و کار موفق و ادامه‌دار** است.

**محرمانه**

تقاضا دارد ضمن مطالعه راهنمای داوری (موجود در صفحه آخر این فرم) ويژگي‌هاي ایده محوری طرح را مورد بررسي و تحلیل دقيق قرار داده و نتيجه را در قالب پاسخ به پرسش‌ها ارائه فرمایید. همچنین مستدعی است **تصویر حکم کارگزینی خود را نیز جهت پرداخت حق الزحمه داوری به پیوست ارسال فرمایید.**

**نام واحد فناور (هسته/ شركت):**

**عنوان ايده‌ي محوري:**

ارزيابي ایده محوری:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ردیف | **معیارهای پذیرش ایده محوری** | **حداکثر امتیاز** | **امتیاز داور** |
| 1 | جنبه های نوآورانه ایده و تناسب تکنولوژی ایده با فناوری های روز ( اختراع/ابتکار و ....... ) | 10 |  |
| 2 | تناسب ایده با اولویت­های حیطه فناوری سلامت و مزیت­های منطقه­ای | 8 |  |
| 3 | امکان­پذیری فنی و اجرایی ایده (با توجه به روش اجرای طرح) | 10 |  |
| 4 | میزان پیشرفت عملی ایده | 10 |  |
| 5 | داشتن گواهی نامه تایید عملکرد ایده و یا سایر تأییدیه های مرتبط | 10 |  |
| 6 | قابلیت فنی (عملی) تجاری شدن ایده | 10 |  |
| 7 | وجود فرصت‌های خاص برای تجاری‌سازی ایده | 8 |  |
| 8 | امكان توسعه ايده به فعاليت هاي جديد | 4 |  |
| **جمع کل امتیازها** | | **70** |  |

1. اظهار نظر داور محترم در خصوص سایر موارد در صورت لزوم:

|  |
| --- |
|  |

مشخصات داور محترم: (لطفا تصویر آخرین حکم کارگزینی پیوست گردد)

|  |  |
| --- | --- |
| نام و نام خانوادگی: | شماره حساب در بانک ملت: |
| نوع بیمه: تأمین اجتماعی □ خدمات درمانی □  شماره بیمه: | کدملی:  امضاء داور محترم و تاریخ: |