河南中医药大学第一附属医院

科技成果申请转化登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **成果名称** |  | | | | | | | |
| **成果类别** | □理论研究成果 □基础研究成果 □应用研究成果  □软科学成果 □其他 | | | | | | | |
| **成果领域** | □中医药 □生物医药 □化药 □大健康 □电子信息 □文化创意  □医疗器械 □智慧教育 □其他 | | | | | | | |
| **成果形式** | □验方 □医院制剂 □专利 □药物临床试验批准通知书 □新药证书  □医疗器械 □软件著作权 □技术转让 □其他 | | | | | | | |
| **成果登记号** |  | | | **成果登记日期** | | |  | |
| **相关专利**  **名称** |  | | | **专利号/申请号** | | |  | |
| **专利类型(发明/实用新型/外观设计)** |  | | | **发明人**  **(请列出全部发明人并标明单位)** | | |  | |
| **成果转化**  **方式** | □赋权后转化 | | | | | | | |
| □转化后奖励 | | | | | | | |
| **拟交易类型** | □转让 □授权许可 □合作实施 □投资入股 □其他 | | | | | | | |
| **拟定价方式** | □协议定价 □评估定价 □挂牌竞价 □其他 | | | | | | | |
| **成果负责人** | 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  |
| 最高学位 |  | 职称 | |  | 职务 | |  |
| 所在部门 |  | 联系电话 | |  | 邮箱 | |  |
| **成果联系人** | 姓名 |  | 联系电话 | |  | 邮箱 | |  |
| **成果完成**  **人信息** | 姓名 | 身份证号码 | | | 职称 | 联系电话 | | 成果占有比例 |
|  |  | | |  |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
|  |  | | |  |  | |  |
| **成果完成人及团队意见** | **为推动科技成果向现实生产力转化，本人（团队）特提出申请并承诺：该成果不存在关联交易、损害医院利益、违法违规等行为的主观故意，无知识产权纠纷。本人承诺如下：**  1、收益分配方案已获得其他参与人的认可，不存在任何纠纷。  2、与公司就技术指标、使用年限等已达成一致，不存在任何纠纷。  本人违反上述承诺引发的法律纠纷，由本人独自承担，与河南中医药大学第一附属医院无任何关系。  **成果完成人及团队签名（手签）：**  **年 月 日** | | | | | | | |
| **对方单位基本信息及联系人** |  | | | | | | | |
| **单位所在地及联系方式** |  | | | | | | | |
| **统一社会**  **代码** |  | | | | | | | |
| **所在科室意见**  **签章：（科室负责人签字）**  **年 月 日** | | | | | **科技成果转化中心意见：**  **签章：（科室负责人签字）**  **年 月 日** | | | |

**注：**1. 成果完成人意见处需全体成果完成人签名；

1. 提交申请表同时附上成果材料的复印件；
2. 双面打印。