**FORMULARZ DLA PODMIOTU WSPÓŁPRACUJĄCEGO**

 **– DOKTORAT WDROŻENIOWY**

**EDYCJA 2024/2025**

**Proszę uzupełnić poniższe pola. Wybrane pola mają podany limit znaków ze spacjami.**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa podmiotu współpracującego** |  |
| **2. NIP/KRS** |  |
| **3. Typ podmiotu współpracującego [przedsiębiorca / inny podmiot].** |  |
| **4. Wielkość przedsiębiorcy (w przypadku gdy podmiotem współpracującym jest przedsiębiorca).**  | **🞏 Mikro/mały[[1]](#footnote-1)****🞏 Średni[[2]](#footnote-2)****🞏 Duży****🞏 Nie dotyczy** |
| **5. Przedmiot działalności podmiotu współpracującego, określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD).** |  |
| **6.Krótki opis doświadczeń podmiotu współpracującego w działalności B+R w ostatnich 5 latach.** | ***Limit do 1000 znaków***  |
| **7.Potencjał przedsiębiorcy z perspektywy realizacji projektu (aparatura badawcza, doświadczenie w branży itp.) oraz informacja o wsparciu oferowanym doktorantowi przez przedsiębiorcę.** | ***Limit do 500 znaków***  |
| **8. Deklarowany cel naukowy projektu (opisać problem przedsiębiorcy, którego rozwiązanie będzie poszukiwane w ramach Doktoratu Wdrożeniowego)** | ***Limit do 300 znaków*** |
| **9. Praktyczne znaczenie i potencjał wdrożeniowy projektu: jaki będzie charakter wdrożenia, jakie jest planowane miejsce oraz sposób wdrożenia; znaczenie projektu dla przedsiębiorcy, znaczenie projektu dla polskiej gospodarki** | ***Limit do 1000 znaków*** |
| **10. Imię i nazwisko kandydata na opiekuna pomocniczego, ew. stopień naukowy** |  |
| **11. Krótki opis kandydata na opiekuna pomocniczego z przedsiębiorstwa i jego doświadczeń w pracach B+R w ciągu ostatnich 5 lat** | ***Limit do 500 znaków*** |
| **12. Kontakt do osoby w organizacji odpowiedzialnej za przygotowanie dokumentów formalnych, m.in. umów (imię, nazwisko, adres e-mail, stanowisko)** |  |

**Oświadczenia Podmiotu Współpracującego**

1. Potwierdzam, że Pan/Pani ………………………………….. (kandydat/ka na uczestnika Programu Doktorat Wdrożeniowy):

🞏 jest zatrudniony/a na pełen etat przez …………………………..……….. od dnia ……………… i będzie zatrudniony/a na pełen etat w czasie trwania Doktoratu Wdrożeniowego

lub

🞏 nie jest obecnie zatrudniony/a na pełen etat przez …………………………..……….., ale będzie zatrudniony/a na pełen etat w czasie trwania Doktoratu Wdrożeniowego

lub

🞏 nie nawiązałem jeszcze relacji z kandydatem na uczestnika Programu Doktorat Wdrożeniowy, ale w przypadku znalezienia przez Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu odpowiedniego kandydata, którego propozycja na rozwiązanie problemu wskazanego w punkcie 8 zostanie zaakceptowana, uczestnik Programu zostanie zatrudniony/a na pełen etat w czasie trwania Doktoratu Wdrożeniowego.

1. Wyrażę zgodę na kształcenie uczestnika Programu w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w ramach Programu ,Doktorat wdrożeniowy w trakcie trwania zatrudnienia w …………………………….
2. Pracodawca …………………………… zapewni doktorantowi opiekuna pomocniczego spośród swoich pracowników.

………………………… …………………………….
Miejsce, data

Czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Podmiotu Współpracującego

**Oświadczenie Kandydata na Opiekuna Pomocniczego**

W przypadku realizacji w ……………………………….. Doktoratu Wdrożeniowego w tematyce wskazanej w niniejszym formularzu wyrażam zgodę na zapewnienie zatrudnionemu doktorantowi/-ntce opieki pomocniczej.

………………………… …………………………….
Miejsce, data

Czytelny podpis

**ZAŁĄCZNIKI**

1. **Sprawozdania finansowe za okres trzech ostatnich zamkniętych lat obrotowych dla Podmiotu Współpracującego lub (w przypadku braku obowiązku sporządzania sprawozdań) wypełniony Złącznik nr 1**
2. **Oświadczenie o statusie MŚP (jeśli dotyczy)**
3. **List intencyjny**
1. Należy dodatkowo załączyć oświadczenie o statusie MŚP [↑](#footnote-ref-1)
2. jw. [↑](#footnote-ref-2)