|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wstępna ankieta potrzeb na realizację projektu  przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie** | | |
| 1. | **Dane osoby zgłaszającej potrzebę realizacji projektu** – imię, nazwisko, jednostkę organizacyjną, którą osoba reprezentuje, dane kontaktowe |  |
| 2. | **Skrócony opis i zadania planowanego projektu –** z opisu musi wynikać charakter projektu: badawczy, badawczo-rozwojowy, szkoleniowy, dydaktyczny, inwestycyjny, innowacyjny, wdrożeniowy, projekt indywidualny/**partnerstwo** |  |
| 3. | **Wysokość planowanych kosztów ogółem** – w tym wskazanie planowanych kategorii wydatków  (np. wynagrodzenia, usługi zewnętrzne jakie, infrastruktura) oraz procent planowanego dofinansowania |  |
| 4. | **Planowany okres realizacji projektu –** wskazanie realnego terminu rozpoczęcia i zakończenia projektu |  |
| 5. | **Wykaz prac przygotowawczych**  np. dotychczasowe ustalenia, rozmowy partnerskie, porozumienia z przedsiębiorstwami, posiadane zgody komisji bioetycznych |  |
| 6. | **Potencjalne korzyści z realizacji projektu** – wskazanie realnych wskaźników wynikających z realizacji projektu |  |
| 7. | **Osoba zgłaszająca** | *………………………………………………….*  *podpis osoby zgłaszającej* |
| 8. | **Opinia Prorektor ds. rozwoju:** | *………………………………………………….*  *podpis osoby*  *Prorektor ds. rozwoju* |
| 9. | **Opinia Działu Funduszy Zewnętrznych:** | *………………………………………………….*  *podpis Kierownika* |
| 10. | **Opinia Kwestor:** | *…………………………………………………. podpis Kwestor* |
| 11. | **Wyrażenie zgody na dalsze prace nad projektem** | **TAK**  **NIE**  ………………………………………………….  *podpis osoby upoważnionej* |