|  |
| --- |
| **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, porozumieniaz 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* |