

**З А Я В К А Н А У Ч А С Т И Е**

**во ВСЕРОССИЙСКОМ КОНКУРСЕ ИННОВАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ**

**ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ в рамках ПМФЗ 2023**

*Заполненную заявку вышлите до 20 сентября 2023г.*

*на эл. почту* *ys.goncharova@expoforum.ru*

**Название фирмы Страна Индекс Город Адрес Р/с К/с Банк ИНН КПП БИК ОКВЭД ОКПО**

**Контактное лицо**

**Телефон Факс E-mail**

**Просим предоставить услуги по участию в Конкурсе \_\_\_ работ(ы) на общую сумму \_\_\_\_\_ рублей (в т. ч. НДС 20%)**

*Стоимость участия в Конкурсе 1 работы:*

*- для экспонентов выставки ПМФЗ 2023 – 11 000 рублей (в т. ч. НДС 20%);*

*- для компаний, не являющихся экспонентами выставки ПМФЗ 2023 – 15 000 рублей (в т. ч. НДС 20%).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Название работы** | **Номинация (указать название номинации согласно****Положению о Конкурсе)** | **Стоимость** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| … |  |  |  |
|  | **ИТОГО (в т. ч. НДС 20%)** |  |

Руководитель

*(подпись) (Ф.И.О.)*

Главный бухгалтер

*(подпись) (Ф.И.О.)*

М.П. « » 2023 г

*для компаний, не участвующих в выставке ПМФЗ 2023*

**З А Я В К А**

**на дополнительное оборудование**

**для участия во ВСЕРОССИЙСКОМ КОНКУРСЕ ИННОВАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ**

**ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ в рамках ПМФЗ 2023**

*Заполненную заявку вышлите до 20 сентября 2023г.*

*на эл. почту ys.goncharova@expoforum.ru*

**Просим предоставить дополнительное оборудование для размещения следующих предметов (демонстрации видеоматериалов):**

**1.**

**2.**

**…**

Руководитель

 *(подпись) (Ф.И.О.)*

***Примечание***

*Данная заявка является предварительной. Состав и стоимость оборудования будет рассчитана по ставкам ВКЦ «Экспофорум» после подбора и согласования с участником Конкурса оптимального варианта для целей использования*

**Т Р Е Б О В А Н И Я**

**к информации о работе, представленной на ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНКУРС ИННОВАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ в рамках ПМФЗ 2023**

**Полное название юридического лица**

**Город**

**Полное название конкурсной работы**

**Автор/авторы (ФИО, должность)**

**Контактное лицо (Ф. И. О., телефон, e-mail)**:

|  |  |
| --- | --- |
| **№ п/п** | **Назначение конкурсной работы** |
| 1 | Номинация (выбрать из списка только одну номинацию, по которой будет производиться оценка работы). Если работа соответствует нескольким номинациям, то это должно быть указано в примечании |
| 2 | Стадия, в которой находится данная работа (проект, опытный образец, экспериментальное производство, серийное производство) |
| 3 | Обеспеченность финансовыми ресурсами (собственные, бюджетные, внебюджетные) |
| 4 | Описание научно-технологической новизны |
| 5 | Влияние на улучшение здоровья/качества жизни человека, цифровизацию медицины, развитие отраслей здравоохранения, внедрение здорового образа жизни |
| 6 | Схема коммерциализации (трансфер технологии, продажа лицензии, создание производства, продажа бизнеса и пр.) |
| 7 | Наличие бизнес-плана коммерциализации |
| 8 | Характеристики финансово-экономической эффективности от внедрения |
| 9 | Характеристика рынков (внутреннего, внешнего) |
| 10 | Состояние правовой защиты интеллектуальной собственности (наличие, номера и даты выдачи документов) |
| 11 | Наличие документов на право производства и реализации продукции (номера и даты выдачи сертификатов соответствия ТР ТС, регистрационных удостоверений на медицинские изделия/лекарственные средства и безопасности продукции, др.) |
| 12 | Дополнительная информация (по усмотрению участника конкурса) |

**Требования к оформлению информации**

Общий объём информации не должен превышать 5 страниц формата А4 (210\*297 мм) 2. Границы расположения текста: ориентация-книжная, верхнее поле-20 мм, нижнее поле -25 мм, левое поле-30 мм, правое поле - 15 мм. Шрифт Times New Roman,12 кегль.

**Оформление дополнительных материалов**

Все дополнительные материалы согласно п.2.1.1. настоящего Положения о Конкурсе инновационных решений для здравоохранения оформляются в качестве приложений с приложенной описью.