

Ekstern henvendelse om gjennomføring av innovasjonsprosjekt

Søknadsskjema

(Sendes til firmapost@sunnaas.no)

Dette skjema er for bedrifter som ønsker å inngå et samarbeid med Sunnaas sykehus HF om innovasjonsprosjekt/testbeds. For å kunne vurdere prosjektet og veien videre best mulig, er det viktig at skjemaet fylles ut så presist som mulig. Punkter merket * er obligatorisk. Boksene huker man av ved å trykke på dem.

1. Kontaktinformasjon *

- Firma/ organisasjon : _____
- Navn (kun ett): _____
- Tittel på prosjekt : _____
- Telefonnummer : _____
- E-postadresse : _____

2. Forankret ansvar hos leder i bedriften/ firma eller organisasjon

Navn: _____

Stilling: _____

E-postadresse: _____

3. Hva brukes produktet/ konseptet/ tjenesten til? *

- Behandling av: _____
- Oppfølging av: _____
- Informasjon for: _____
- Opplæring av: _____
- Besparing av: _____

4. Mål for prosjektet - hva skal oppnås i løpet av første 12-månedersperiode? *

- Utvikling av en idé til produkt/ tjeneste
- Bygging/ testing av prototyp
- Tilpasning av et produkt/ konsept/ tjeneste til endret bruk
- Tilpasning av et produkt/ konsept/ tjeneste til en annen pasientgruppe
- Første utprøving av et førkommersielt produkt (proof of concept)
- Utprøving av et produkt/ testbed
- Selge produkt/ annet - Beskriv nærmere nedenfor

5. Kort prosjektbeskrivelse/ målsetting med prosjektet dersom det er mulig per i dag

Mål:

Prosjektbeskrivelse (kan vedlegges):

6. Gi kortfattede svar på nedenstående spørsmål:

Hva er antatt nytteverdien for pasient, institusjon eller andre brukere?

Har du undersøkt om tilsvarende idé/ prosjekt er utviklet eller under utvikling?

Hvor unik er ideen/ oppfinnelsen? Hva er nytt sammenlignet med dagens løsninger?

Antas den å være patentbar?

Hvor mange vil ha nytte av endelig produkt eller tjeneste? Gi et anslag på potensiell anvendelse.

Hvilke miljømessige hensyn/ vurderinger/ utfordringer gir ideen/ oppfinnelsen?

7. Hvilken kompetanse er det behov for i prosjektet?

Skal det involveres ansatte på Sunnaas i en eventuell utprøving?

JA NEI

Hvis ja, hvilken faglig retning og omtrent hvor mange personer/ timer?

8. Hvilken kompetanse stiller bedriften/ idéhaver med? *

9. Skal det involveres pasienter i en eventuell utprøving?

JA NEI

Hvis ja, hvilken type pasienter og omtrent og omtrent hvor stort antall?

10. Hva er tidshorisonten for samarbeidet? Når skal det være avsluttet?

11. Har bedriften midler til å finansiere samarbeidet?

JA NEI

Hvis nei, er bedriften villig til å bli med på eller stå som ansvarlig for en søknad for eksterne innovasjonsmidler?

JA NEI

12. Har dette eller beslektet prosjekt vært forsøkt gjennomført andre steder?*

JA NEI

Hvis ja, skriv kort hvorfor dere også ønsker å gjennomføre dette med Sunnaas

13. Er prosjektet en del av et større prosjekt? *

JA NEI

Hvis ja, skriv kort hvordan denne forespørselen relaterer til dette

14. Er det inngått avtale om et forpliktende samarbeid i prosjektet med andre aktører?*

JA NEI

15. Er prosjektet en del av et OFU-samarbeid?*

JA NEI

Hvis ja, er det tenkt at Sunnaas blir en del av OFUen?

16. Anses rettighetsproblematikken ved prosjektet som avklart?

Er produktet/ konseptet patentbeskyttet eller er DOFI sendt inn?

JA NEI

Hvis nei, skal dette gjøres i forbindelse med prosjektet?

JA NEI

Har bedriften rettighetene?

JA NEI

Hvis nei, om relevant: Redegjør kort hvor rettighetene ligger pr nå.
