|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| D:\پارک\خزدوز\لوگو\مرکز رشد - آبی.jpg | شماره پرونده :  | **بسمه تعالی** | C:\Users\soleimani\Desktop\rouyesh grant\download.png |
| عنوان فرم :**فرم درخواست استفاده از خدمات مشاوره وآموزشی** **مجموعه مراکزرشد فناوری سلامت** |
| **مجموعه مراکز رشدفناوری سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان** |

مدیر محترم مجموعه مراکز رشد فناوری سلامت

**با سلام و احترام**

|  |
| --- |
| **خدمات مشاوره وآموزشی** |
| **ردیف** | **نوع خدمت** | **🗹** | **ردیف** | **نوع خدمت** | **🗹** | **ردیف** | **نوع خدمت** | **🗹** |
| **1** | **تهیه مدل کسب و کار** |  | **8** | **بازاريابي و فروش** |  | **15** | **روابط و قانون کار** |  |
| **2** | **تدوين طرح کسب و کار (BP)** |  | **9** | **بازاریابی و تجارت بین الملل** |  | **16** | **ثبت شرکت** |  |
| **3** | **مدیریت مالی و مالیاتی** |  | **10** | **بازاریابی دیجیتال(سئو،وب سایت،اینستاگرام و تلگرام)** |  | **17** | **ثبت برند** |  |
| **4** | **امور مالي و حسابداري** |  | **11** | **صادرات وواردات و امور گمرکی** |  | **18** | **برندینگ و برندسازی** |  |
| **5** | **تامین مالی و سرمایه گذاری** |  | **12** | **مطالعات و تحقیقات بازار (داخل ، بین الملل)** |  | **19** | **عارضه یابی رفتار برند یا سازمان** |  |
| **6** | **ارزشگذاری** |  | **13** | **قوانین بيمه تامین اجتماعی** |  | **20** | **ثبت مالکیت فکری(ثبت اختراع)** |  |
| **7** | **مدیریت و ساختار سازمانی و منابع انسانی، عارضه یابی منابع انسانی** |  | **14** | **امور حقوقی و قراردادی( اداری ، تجاری)** |  |  |  |  |

 با توجه به قرارداد شماره ................. تاریخ ................ هسته / شرکت فناور ........................ متقاضی استفاده از خدمات مشاوره / آموزشی ذیل می باشد. لذا خواهشمند است دستور فرمایید اقدام لازم صورت پذیرد.

**موضوع مشاوره :** ...............................................................................................................................................................................................

**نام ونام خانوادگی مشاوره گیرنده :** ........................................ **سمت در واحد فناور: شماره تماس :**

**\*با توجه به لزوم هماهنگی با مشاورین مختلف، لطفا برای هر انتخاب، فرم جداگانه بر اساس اولویت تکمیل و به همراه مستندات مربوطه به آدرس** **healthtech@mui.ac.ir** **ارسال گردد.**

 نام و نام خانوادگی مسئول واحد فناور

 تاریخ و امضاء ....................................................

**با سلام و احترام**

پیرو هماهنگی بعمل آمده، واحد فناور فوق جهت شرکت در جلسه مشاوره .................................. در تاریخ .................................. ساعت ............. به صورت حضوری/ آنلاین در محل .......................... معرفی می گردند.

 مدیرمجموعه مراکز رشد فناوری سلامت
 دانشگاه علوم پزشکی اصفهان