**Deklaracja członkowska**

1. **Dane kontaktowe**
   1. Nazwa podmiotu:

|  |
| --- |
|  |

* 1. Adres do korespondencji:

|  |
| --- |
|  |

* 1. Strona internetowa:

|  |
| --- |
|  |

* 1. Osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Telefon: |  | |
| E-mail: | |  |

* 1. Osoba/osoby do kontaktu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Telefon: |  | |
| E-mail: | |  |

1. **Deklarowana roczna składka członkowska (wg. stawki ustalonej w PLN)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Charakterystyka podmiotu**
   1. Opis podmiotu (do 300 wyrazów )

|  |
| --- |
|  |

3.2 Liczba osób zatrudnionych na dzień wypełnienia deklaracji (w przeliczeniu na pełne etaty):

|  |
| --- |
|  |

3.3 Wielkość przedsiębiorstwa wg. definicji MŚP:

|  |
| --- |
| mikro/małe/średnie/duże/nie dotyczy |

1. **Informacje na temat aktywności podmiotu w obszarze medycyny i działań prozdrowotnych**

4.1 Obszary działalności ( do 300 wyrazów):

|  |
| --- |
|  |

4.2 Usługi świadczone komercyjnie ( do 300 wyrazów):

|  |
| --- |
|  |

* 1. Innowacyjne usługi (do 300 wyrazów):

|  |
| --- |
|  |

* 1. Istotne przedsięwzięcia planowane w latach 2017-2020:

|  |
| --- |
|  |

* 1. Inne istotne informacje o podmiocie:

|  |
| --- |
|  |

**6. Propozycje kierunków działań Klastra:**

|  |
| --- |
|  |

**Deklaracja**

|  |
| --- |
| Deklaruję przystąpienie do MedCluster. Jestem zainteresowany uczestnictwem w regionalnych  i ponadregionalnych projektach w ramach MedCluster.  Wybieram jako obszar swojej przynależności rejon:   Południe (woj. małopolskie, śląskie, podkarpackie, lubelskie)   Północ (woj. pomorskie, kujawsko-pomorskie, zachodnio-pomorskie)   Wschód (woj. podkarpackie, lubelskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie)   Zachód (woj. wielkopolskie)   Centrum (woj. mazowieckie) |

**Oświadczenie**

|  |  |
| --- | --- |
| Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji z ankiety do działań promocyjnych prowadzonych w ramach klastra MedCluster, w tym do publikacji na stronach internetowych Stowarzyszenia Medycyna Polska. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 833 z późn. zm.) | |
| *Nazwa podmiotu:* | *Data i podpis osoby upoważnionej*: |