

תחום :	רפואה ומקצועות הבריאות	עמוד 13 מתוך 15
נושא :	מחקר רפואי	בתוקף מיום 9/2/94
שם הנוהל :	הטיפול באמצאות ובפטנטים	מס' הנוהל 02-03-01

נספח מס' 1
עמ' 1 מתוך 4

תאריך: _____

לכבוד:
מור יישום מחקרים בע"מ
רח' המגשימים 20
ת.ד. 7590
קרית מטלון
פתח תקוה

מאת:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

הנדון: הודעה על אמצאת שירות

1. שם האמצאה:

באנגלית: _____

בעברית: _____

2. תיאור קצר של האמצאה (2-3 משפטים):

א. האמצאה היא חומר, תהליך, מוצר, שיטה? סמן.

הסבר: _____

ב. מי הם הצרכנים הפוטנציאליים (כגון – רופאים, מעבדות, בתי חולים)?

ג. האם היו לך/לכם מגעים עם גורם מסחרי בעניין האמצאה? נא לציין את שמו ולפרט את התוצאות:

3. מועד האמצאה (בקירוב):

א. תחילת העבודה או הרעיון _____

ב. תאריך וציון של הוכחה נסיונית, הוכחת היתכנות, בניית אב-טיפוס, סינטזה של החומר בכמות משמעותית וכד'

4. האם האמצאה הומצאה במסגרת חוזה מחקר עם גוף חיצוני או קרן מחקר?

כן _____ לא _____

אם כן, נא לפרט:

א. במקרה של גוף מממן:

1. שם הגוף המממן, שעמו נחתם חוזה המחקר

2. תקופת החוזה מיום _____ עד יום _____

3. שם המחקר כפי שהוסכם עם המממן

4. התחייבות ומגבלות על פי החוזה

ב. במקרה של קרן מחקר:

1. שם הקרן - _____

2. מה המחויבות כלפיה - _____

חתימה בראשי-תיבות: _____

5. האם מידע הקשור באמצאה או בחלק מן האמצאה, פורסם?

כן _____ לא _____

אם פורסם, נא לפרט (כותרת מלאה של המאמר או הכתבה, שם כתב-העת או הספר, ותאריך הפרסום):

6. האם נרשם פטנט?

כן _____ לא _____

אם כן, נא לפרט את שמו, מספרו, שמות הממציאים, תאריך וארץ הרישום:

7. הממציאים מתחייבים בזה שלא לפרסם את המחקר וממצאיו ללא תיאום מוקדם עם חב' "מור יישום מחקרים בע"מ".

8. נא למלא ולחתום בסדר בו תרצו שיופיעו הממציאים בפטנט:

שם מלא	חתימה	חלקיות * באמצאה (%)	מקום העבודה מחלקה וטלפון	כתובת פרטית וטלפון
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

* החלקיות של כל הממציאים הרשומים כאן צריכה להסתכם ב – 100%.

חתימה בראשי-תיבות: _____

9. נא לצרף במסמך נלווה נפרד, תיאור מפורט של האמצאה, שייכללו בו הסעיפים הבאים:

- א. הרקע המדעי (בספרות ובעבודה עצמית).
- ב. יתרונות האמצאה על פני הידע הקיים היום והנמצא בשימוש.
- ג. שימושים ויישום/ים אפשריים.
- ד. תכנית עבודה נוספת הדרושה לפיתוח השלב הבא, ועד איזה שלב בפיתוח תגיע(ו) לפי התכנית המוצעת.
- ה. תקציב (בדולרים לשנה) ומשך הזמן הכולל הדרוש לפיתוח.

10. ההודעה נמסרה בשם הממציאים באמצעות:

שם: _____

תפקיד: _____

בית חולים/מרכז רפואי: _____

חתימה: _____