**滨州医学院专利转化申请表**

**（发明人）**

**年 月 日 编号：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 专利名称 |  | 专利号 |  |
| 专利类型 | 发明 |  | 实用新型 |  | 外观设计 |  |
| 受让单位名称及地址 |  | 专利发明人授权日期 |  |
| 受让单位法人代表及联系方式 |  | 专利权维护年限 |  |
| 实施类型（相应位置划“√”） | 转移实施 | 专利转让 |  |
| 许可实施 |  |
| 在技术开发、转让中的实施 |  |
| 专利技术获益金额（万元） | 专利技术作价入股 |  |
|  收益分配 |  |
| 专利转让费 |  |
| 专利许可费 |  |
| 产生的经济效益 |  |
| 其他 |  |
| 合计 |  |
| 申请人 | **本人承诺：以上所有信息真实准确，专利转化等全部费用填写属实，对因提供有关信息不实或违反有关规定造成的后果，本人愿意承担一切法律责任。** （签字）： 年 月 日 |
| 申请人所在二级单位  |  （签字盖章）： 年 月 日 |
| 科学技术处审核意见 |   （签字盖章）： 年 月 日 |
| 主管校领导意见 |  （签字）： 年 月 日 |