**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 | | | | | | | | |