# **FORMULARIO DE SOLICITUD DE PROPIEDAD INDUSTRIAL**

**Remitir cumplimentado este formulario por e-mail a innovacion@iisgm.com**

*(Los elementos obligatorios están marcados con un \*)*

|  |
| --- |
| **Persona de contacto durante la tramitación de la solicitud**Nombre y apellidos\*:      Servicio o Unidad\*:      Tfno\*:       e.mail\*:      Fecha\*:       (deberá coincidir con la fecha de envío del formulario a la UAI) |

**1.- TÍTULO DE LA INVENCIÓN\*:**

*Si ha enviado previamente un “Formulario de Comunicación de IDEA” puede completar únicamente la información que haya variado respecto a dicho formulario, anexarlo y firmar el siguiente apartado para aceptar ambos formularios.*

**2.1- DATOS DE LOS INVENTORES\*:**

 1. Trabajador de SERMAS/Hospital o Fundación

|  |
| --- |
| **INVENTORES**  |
| **Apellidos y nombre** | **Categoría profesional** | **Servicio/Unidad** | **Trabajador de1** | **DNI** | **Firma** | **% autoría** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **COLABORADORES DE OTRAS ENTIDADES** |
| **Apellidos y nombre** | **Categoría profesional** | **Entidad** | **DNI** | **Firma** | **% autoría** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL %** | **100** |

**Existe convenio de colaboración entre las partes:** **[ ] Sí** **[ ] No**

**2.2-GRUPO DE INVESTIGACIÓN DEL IiSGM**

*Indicar el Grupo de Investigación en el que los autores han desarrollado actividades de I+D+i que han dado como resultado la invención que se quiere proteger. Información importante a efectos de distribución de beneficios y cargas de explotación.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del autor** | **Grupo** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**LA PROPIEDAD INDUSTRIAL**

*Los datos que se solicitan a continuación son meramente orientativos para el IISGM sobre la viabilidad de protección industrial de la invención y posibilitan la agilización de los trámites. Trate de responder a los apartados que pueda y deje en blanco los que no sepa responder para rellenarlos junto con el personal técnico de la FIBHGM.*

**3.- OBJETO DE LA INVENCIÓN**

Defina (por favor), su resultado (elija una o varias opciones): **Área de clasificación:**

 [ ]  un nuevo producto2 [ ]  TICs salud3

 [ ]  un nuevo procedimiento [ ]  Materiales y dispositivos4

 [ ]  mejora de un producto2 existente [ ]  Biotecnología y diagnóstico5

 [ ]  mejora de un proceso existente [ ]  Imagen6

 [ ]  un servicio nuevo o mejorado [ ]  Medicamentos7

 [ ]  Innovación asistencial u organizativa8

1. Considerar “producto” en sentido general

3. Aplicaciones informáticas; 4. Tecnologías, aparatos, nuevos materiales; 5. Biomarcadores, genómica, proteómica; 6. Tecnologías de captación y procesado de imagen médica, dispositivos o software; 7. Nuevas moléculas medicamentosas, mejoras de moléculas, nuevos usos; 8.Guías clínicas, material formativo, cuestionarios.

**4.- ORIGEN DE LA INVENCIÓN**

La invención es resultado de:

 [ ]  un proyecto de investigación

 [ ]  Con financiación pública exclusivamente

 [ ]  Con financiación privada exclusivamente

 [ ]  Con ambas

 [ ]  un proyecto de Investigación con participación empresarial (*citar código de referencia, entidad financiadora y empresa*)

 [ ]  un contrato de investigación de una empresa (*citar nombre de la empresa*)

 [ ]  otros

**5.- DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA INVENCIÓN\***

Describir (máximo 500 palabras) el objeto de la invención, en qué consiste, qué problema técnico resuelve, productos/servicios alternativos existentes, qué ventajas aporta respecto a éstos, aplicaciones industriales, y otras aplicaciones posibles en un sector distinto al sanitario.

|  |
| --- |
|       |

**6.- GRADO DE DESARROLLO DE LA INVENCIÓN**

Elegir, entre estas opciones, la o las que más se aproximen al grado de desarrollo de la invención\*:

[ ]  se ha realizado en laboratorio, exclusivamente

[ ]  existe prototipo

 [ ]  se ha realizado ensayo piloto

**7.- GRADO DE DIFUSIÓN DE LA INVENCIÓN**

¿Se ha difundido previamente el objeto de la invención\*?

 [ ]  SI [ ]  NO

En caso afirmativo, indicar medio de difusión, fecha y contenido (Tesis, publicaciones, congresos…)\*

**8.- EXPLOTACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN**

Se considera que sería un producto (procedimiento) con posible éxito comercial:

 [ ]  elevado [ ]  medio [ ]  bajo

¿Se ha contactado con alguna empresa para su posible explotación?\*

 [ ]  SI [ ]  NO

 En caso afirmativo, ¿con cuál?\*

 En caso negativo, o si procediese, conteste la siguiente pregunta

¿Conoce alguna empresa que pudiera estar interesada?\*

 [ ]  SI [ ]  NO

 ¿podría indicar cuál o cuáles?\*

El mercado de la invención es\*:

**[ ]**  exclusivamente nacional

 [ ]  internacional

**9.- ACEPTACIÓN Y PROTECCIÓN DE DATOS**

Le(s) informamos que los datos personales proporcionados serán tratados por FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN, domiciliada en la calle Doctor Esquerdo 46, Pabellón de Gobierno, planta baja, 28007 de Madrid con la finalidad de gestionar la solicitud objeto del presente formulario y la relación profesional nacida del mismo así como realizar todos los trámites administrativos necesarios asociados para dar cumplimiento a dicha relación que nos une con Usted (es). Le informamos de que podremos hacer uso de sus datos (correo electrónico y correo postal) con la finalidad de remitirle encuestas para recabar su satisfacción por el servicio prestado por la Fundación, cuyas respuestas serán totalmente anónimas y voluntarias, en cumplimiento a los sistemas de gestión de mejora continua implantados en la Fundación (UNE 166002:2014 e ISO 9001:2015 en las que la Fundación está certificada).

Así mismo, y si nos da(n) su consentimiento marcando la casilla correspondiente en la tabla incluida más abajo, podremos enviarle(s) información sobre convocatorias, actividades, noticias relacionadas, y boletines relacionados con la Fundación. Usted(es) puede(n) oponerse libremente a recibir comunicaciones comerciales, sin que ello condicione la ejecución de la relación entre ambas partes. Igualmente, puede(n) revocar el consentimiento dado en cualquier momento.

Igualmente le(s) informamos que sus datos podrán ser publicados (incluida su imagen) en la Memoria Anual de la Fundación, en newsletters de difusión de noticias gestionados por la Fundación, en las fichas tecnológicas emitidas por la Fundación, en marketplaces de conocimiento de tecnología en ámbito sanitario, así como en la página web de la Fundación o del IiSGM, si nos autoriza en este sentido marcando la casilla correspondiente en la tabla incluida más abajo. La Fundación no podrá utilizar estos datos para finalidades distintas.

Usted(es) puede(n) oponerse libremente a que la Fundación, publique sus datos identificativos (incluida su imagen) en los medios indicados, sin que ello condicione la ejecución de la relación entre ambas partes. Igualmente, puede(n) revocar el consentimiento dado en cualquier momento.

Sus datos podrán serán comunicados a:

\*Entidades Públicas y privadas, necesarias para dar cumplimiento a la finalidad indicada;

\*Administración Tributaria;

\*Bancos, Cajas de Ahorros y Cajas Rurales, necesarias para realizar las gestiones;

\*Administración Pública con competencia en la materia de propiedad industrial;

\*Y a otros terceros, siempre que sean requeridos por ley o por las autoridades competentes

No se prevé realizar transferencias internacionales de datos.

La base para el tratamiento lícito de sus datos será la adopción de medidas precontractuales y/o ejecución de un contrato establecido entre las partes; así como el interés legítimo de la Fundación amparado en el cumplimiento de la UNE 166002:2014 y la ISO 9001:2015 en relación con el envío de encuestas de satisfacción; y su consentimiento para los casos que lo hemos solicitado.

Le informamos que sus datos serán conservados mientras se mantenga la relación profesional y, en cualquier caso, durante el plazo de tiempo legalmente establecido según legislación vigente. En los casos que hemos solicitado su consentimiento, sus datos serán conservados hasta que revoque su consentimiento o se oponga libremente a que la Fundación trate sus datos con las finalidades indicadas.

Ud. puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas (incluida la elaboración de perfiles), portabilidad y limitación del tratamiento de sus datos dirigiéndose a FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN, a la dirección calle Doctor Esquerdo 46, Pabellón de Gobierno, planta baja, 28007 de Madrid, o vía correo electrónico al email gerencia@fibhgm.org, aportando documentación que acredite su identidad. Ud. tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), si considera infringidos sus derechos.

**Datos Delegado de Protección de Datos (DPO) de FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN:**

Alaro Avant, S.L.

dpo.fibgregoriomaranon@alaroavant.com

|  |
| --- |
| **AUTORES**  |
| **Apellidos y nombre** | **He leído la política de privacidad** | **Acepto envío comunicaciones comerciales** | **Acepto publicación en medios indicados** | **DNI** | **Firma** |
|  | [ ]  | [ ]  |[ ]   |  |
|  | [ ]  | [ ]  |[ ]   |  |
|  | [ ]  | [ ]  |[ ]   |  |
|  | [ ]  | [ ]  |[ ]   |  |
|  | [ ]  | [ ]  |[ ]   |  |
|  | [ ]  | [ ]  |[ ]   |  |
|  | [ ]  | [ ]  |[ ]   |  |
|  | [ ]  | [ ]  |[ ]   |  |
|  | [ ]  | [ ]  |[ ]   |  |

**10.- DECISIÓN COMITÉ COMISIÓN/COMITÉ DE INNOVACIÓN**

[ ]  Aprobado

 Patente Modelo de utilidad Marca Diseño Industrial

[ ]  Denegado

**Comisión/Comité de Innovación:**

**Fecha:**

**Remitir cumplimentado este formulario por e-mail a** **innovacion@iisgm.com**