**L’Atelier du DM Hub4AIM, 6è édition – Vendredi 10 mars 2023 – Grenoble**

*Diagnostic personnalisé de votre projet pour tous vos besoins technologiques,
scientifiques, réglementaires, cliniques, et scale-up industriels*

Date limite inscription : 17 février 2023

*Informations non confidentielles (un NDA peut être signé, si besoin : merci d’envoyer un e-mail à contact@hub4aim.com)*

**NOM DU PROJET** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ENTREPRISE**

|  |
| --- |
| Nom : ………………………………………………………………………………….……….……….……….……….……….……….……….……….………Date de création : ………………………………………………………..……………… ou □ en cours de créationNom du Directeur : ……………………………………………………................….……….……….……….……….……….…….....………………Effectif : ……………..............................……………….……….……….……….……….……….……….……….……….……….……….……….…Taille : □ Grand groupe □ ETI □ PME □ TPEStart-up: □ OUI □ NONDomaine d’activité : …………………………………………………………………….……….……….……….……….……….……….……….………. |

**PORTEUR DU PROJET**

|  |
| --- |
| Votre nom : …………………………………………………………………...………………………………………………………………...…….……………Votre fonction / position dans l’entreprise : …………………………………………………………………….…………….……….……………Votre adresse e-mail : …………………….............................……………………………….……………………….………………….……………Votre n° tel : ……………...............................................……………………….……………………….…………………………………………… |

**BESOIN MÉDICAL ET CIBLE MARCHÉ**

|  |
| --- |
| Besoin médical visé : ………………….……………………………………………………………………………………………………....…….........…Marché ciblé :……………………………………………………….. Chiffres (si disponibles) :……………………………………..............….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...............…………. |

**PROJET**

|  |
| --- |
| Description du projet et du Dispositif Médical développé (10 lignes max):Partenaires (optionnel): □ Hôpitaux □ Académiques □ Consultants □ Entreprises □ Autres Noms : ……………………………………………………………………………………………………………………………………...…….............…………État d’avancement du dispositif médical □ Maquette/prototype de laboratoire □ Tests in vitro □ Validation pré-clinique □ Validation clinique |

**BESOINS**

|  |
| --- |
| Quels sont vos principaux besoins □ Technologiques ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… □ Scientifiques ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. □ Réglementaires ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… □ Cliniques ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. □ Pré-industrialisation ………………………………………………………………………………………………………………………………………. □ Scale-up industriels ……………………………………………………………………………………………………………………………………….. □ Autres, merci de préciser ...………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**NON-DISCLOSURE AGREEMENT / ACCORD DE NON-DIVULGATION**

|  |
| --- |
| Souhaitez-vous signer un NDA avant la présentation de votre projet à l’Atelier du DM ?  □ Oui □ Non |

**AUTRES**

|  |
| --- |
| Comment avez-vous eu connaissance de cet évènement ? □ Newsletter …………………………………………………………... □ Recherche Web □ LinkedIn □ Partenaires ou institution ………………………………………. □ Autres ……………………………………………………………………. |

**PRÉSENTIEL**

|  |
| --- |
|  □ Cet atelier m'intéresse mais je ne pourrai pas me déplacer, j’aimerais avoir la possibilité de convenir d’un rendez-vous : □ Sur le même créneau en visioconférence □ À une date ultérieure |