**Celem klastra jest podniesienie konkurencyjności zrzeszonych podmiotów, stymulowanie przepływu wiedzy w zakresie innowacyjnych technologii, wyrobów medycznych i usług, generowanie nowatorskich rozwiązań, wspólnych produktów i usług, promowanie marki MedSilesia oraz internacjonalizacja klastra.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [pieczęć podmiotu] | Miejscowość |  |
| Data |  |
| Do:**Górnośląski Akcelerator Przedsiębiorczości Rynkowej sp. z o.o.****ul. Wincentego Pola 16, 44-100 Gliwice****Koordynator Klastra MedSilesia- Śląska Sieć Wyrobów Medycznych**  |
| Niniejszym deklaruję przystąpienie:**[nazwa podmiotu]**do Klastra MedSilesia - Śląska Sieć Wyrobów Medycznych  |
| **Dane rejestrowe podmiotu:** |
| Nazwa |  |
| Siedziba: ulica i nr budynku/lokalu |  |
| Siedziba: kod pocztowy i miasto |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| KRS |  |
| **Osoba do kontaktu:** |
| Imię i nazwisko |  |
| Stanowisko |  |
| Służbowy adres e-mail |  |
| Służbowy telefon stacjonarny |  |
| Służbowy telefon komórkowy |  |
| Ulica i nr budynku/lokalu |  |
| Kod pocztowy i miasto |  |
| Profil działalności podmiotu |  |
| Główne produkty lub usługi |  |
| Podpisy i pieczęcie imienne lub czytelne podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu: |
|  |
| 🞎 | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji przez Administratora danych – Koordynatora Klastra tj. Górnośląski Akcelerator Przedsiębiorczości Rynkowej sp. z o.o. z siedzibą na ul. Wincentego Pola 16, 44-100 Gliwice do celów rejestracji i uczestnictwa w klastrze MedSilesia – Śląska Sieć Wyrobów Medycznych zgodnie z Regulaminem klastra oraz aktualizacji dokumentacji i prezentacji potencjału klastra, a także na potrzeby certyfikacji klastra, w tym ubiegania się o statusu Krajowego Klastra Kluczowego. |
| 🞎 | Zgadzam się na zamieszczenie informacji o instytucji/firmie oraz logotypu na stronie [www.medsilesia.com](http://www.medsilesia.com) oraz do wykorzystania w materiałach informacyjno-promocyjnych klastra.  |
| 🞎 | Zapoznałam/em się z Regulaminem klastra i zobowiązuję się do jego przestrzegania. |
| 🞎 | Przyjmuję do wiadomości informację o obowiązującej rocznej opłacie członkowskiej w wysokości 1000 zł netto (słownie tysiąc złotych netto). |
| *Prosimy przekazać niniejszą deklarację w 2 egz. Koordynatorowi Klastra.* *Jeden egzemplarz zostanie Państwu odesłany pocztą tradycyjną.* |
| **Wypełnia Koordynator Klastra** |
| 🞎 | Nadaję status Członka Klastra MedSilesia - Śląska Sieć Wyrobów Medycznych  | 🞎 | Nie wyrażam zgody na przyjęcie do Klastra MedSilesia - Śląska Sieć Wyrobów Medycznych |
| Podpisy i pieczęcie imienne osób upoważnionych do reprezentacji Koordynatora Klastra: |
| Gliwice dn. ..................................... |