**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. ..................................... | | | | | |