|  |
| --- |
| ARAŞTIRMACI BİLGİLERİ |
| Ad Soyad |  |
| Üniversite / Kurum |  |
| Enstitü / Fakülte / Bölüm |  |
| Ünvanı |  |
| Cep Telefonu  |  |
| E-Posta |  |
| PROJE ÖNERİSİ BİLGİLERİ |
| Destek Programı Adı ve Kodu |  |
| Proje Önerisinin Başlığı  |  |
| Proje Önerim İçin Danışmanlık Hizmetini;  | ( ) Sadece E-mail aracılığıyla almak isterim ( ) E-mail yanısıra danışmanın/danışmanların müsait olması durumunda kendileri ile görüşmek isterim ( ) Önerimi, Teknoloji Transfer Ofisi’ne elden teslim edip, cevabını elden almak isterim.  |
| Çıkar ilişkisi olan, önerinin paylaşılması sakıncalı görülen kişilerin listesi: (Bu bilgi gizli tutulacak ve danışmanlık hizmeti verecek öğretim üyesi/üyeleri seçiminde kullanılacaktır) | 1.2.3.4.5. |

…../…../20…..

 Başvuru Sahibi TTM Personeli

 …………………… …………………..

 İmza İmza