



Envoyez ce formulaire à l'adresse suivante:

OROT.CCOMTL@ssss.gouv.qc.ca

FORMULAIRE: EXPRESSION D'INTÉRÊT - INDUSTRIE

Nom de l'entreprise

Date

JJ / MM / AAAA

Contact

COURRIEL

TÉLÉPHONE

Site web de l'entreprise

Breve description de l'innovation de l'entreprise

(maximum 300 mots) (si nécessaire, joindre tout autre document pertinent)

L'étape de l'avancement de l'innovation

- Recherche et développement
- Validation de la pertinence
- Mesure d'impact
- Co-développement

Autres

Publications, résultats, rapport interne sur l'innovation

Personne-ressource

PRÉNOM / NOM / TITRE

Catégorie d'organisation Origine

- | | |
|-------------------|--------|
| Public | Québec |
| Privé | Canada |
| Sans but lucratif | |

Autres

Autres

Type d'industrie

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Solutions d'IA et de prédiction | Télesanté |
| Dispositif personnel connecté | Réalité virtuelle ou augmentée |
| Dispositif médical | Génomique |

Autres

Le type de partenariat recherché avec le CIUSSS CCO

Co-création ou co-développement d'une innovation avec l'entreprise et CIUSSS CCO

Validation clinique / Projet de recherche sur l'innovation d'entreprise au CIUSSS CCO

Autres

Besoins et intérêts de l'entreprise pour un partenariat potentiel avec CIUSSS CCO



Envoyez ce formulaire à l'adresse suivante:

OROT.CCOMTL@ssss.gouv.qc.ca

Pour le CIUSSS CCO (ne pas remplir)

Nom du gestionnaire de projet

**Responsable de projet interne
clinique, chercheurs ou autres
personnes du CIUSSS CCO**

Oui, s'il vous plaît clarifier

Aucun intérêt

Pas de chef de projet interne

Résumé, autres commentaires et informations pertinentes

Prochaines étapes