**元培醫事科技大學技轉回饋金**

 **技轉(授權)團隊回饋金比例聲明書**

1. 為確認本校教師技轉成果「技轉(授權)名稱： 」（以下簡稱本技轉(授權)）之計畫主持人回饋金比例，並依該比例分配教師技轉回饋金，為特定此聲明書。
2. 依據本校元培醫事科技大學專利暨技術移轉管理辦法（中華民國104年5月12日行政會議修正通過）第六條第三項規定：專利及技術移轉或其他技術移轉所產生之權益（含權利金或衍生利益金）於扣除所支成本及回饋資助機構的部分後，其分配比例，符合第 款。
3. 權利金分配貢獻比例：

|  |  |
| --- | --- |
| 技轉(授權)團隊姓名 | 回饋比例（％） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. 技轉團隊主持人： （簽章）

 身分證字號：

 住址：

技轉團隊成員姓名： （簽章）

身分證字號：

住址：

技轉團隊成員姓名： （簽章）

身分證字號：

住址：

技轉團隊成員姓名： （簽章）

身分證字號：

住址：

技轉團隊成員姓名： （簽章）

身分證字號：

 住址：

技轉團隊成員姓名： （簽章）

身分證字號：

 住址：

技轉團隊成員姓名： （簽章）

身分證字號：

 住址：

技轉團隊成員姓名： （簽章）

身分證字號：

 住址：

技轉團隊成員姓名： （簽章）

身分證字號：

 住址：

技轉團隊成員姓名： （簽章）

身分證字號：

 住址：

第五條 本人（技轉案主持人)同意以上權利金分配，並簽章同意。

 簽章：

中華民國 年 月 日