

ZGŁOSZENIE INNOWACJI USPRAWNIAJĄCEJ NR...../...../.....*

Data zgłoszenia:* Przyjmujący zgłoszenie:*

Tytuł:.....
.....

Twórca(y):	Komórka organizacyjna	Procentowy udział w nagrodzie:	Podpis(y):
.....%
.....%
.....%
.....%
.....%

Stan dotychczasowy:
.....
.....
.....
.....
.....Proponowane rozwiązania:
.....
.....
.....
.....
.....Korzyści:
.....
.....
.....
.....Opinia Przełożonego osoby zgłaszającej IU:
.....
.....
.....
.....

*Wypełnia przyjmujący zgłoszenie.

Cechy IU*

Cecha dominująca:	Zakres innowacji usprawniającej:
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Poprawy BHP lub ppoż.
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Ograniczenia kosztów materiału lub robocizny
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Ograniczenia innych kosztów
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Ochrony środowiska
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Usprawnienia maszyn lub technologii (w tym IT)
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Organizacji pracy
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Inne - jakie?.....

Komisja Oceniająca w składzie:

		Imię Nazwisko	Dział/Wydział
1.	Przewodniczący		
2.	Członek		
3.	Członek		
4.	Członek		

 Zatwierdzający skład Komisji Oceniającej:
 data, podpis

1. Opinia Członka Komisji:

Podpis:

2. Opinia Członka Komisji:

Podpis:

3. Opinia Członka Komisji:

Podpis:

4. Opinia Członka Komisji:

Podpis:

* Wypełnia przyjmujący zgłoszenie.

Rekomendowana decyzja:

.....
.....
.....
.....

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....

Wymaga Planu Wdrożenia TAK/NIE*

Przewodniczący Komisji Oceniającej

.....
data, podpis

Decyzja w sprawie wdrożenia innowacji:

.....
.....
.....

.....
data, podpis

.....
** Potwierdzenie Twórcy o otrzymaniu decyzji

*niepotrzebne skreślić

** opcjonalnie w przypadku braku możliwości uzyskania potwierdzenia w innej formie