|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | A picture containing text  Description automatically generated |

**LETTER OF INTENT/LETTRE D'INTENTION**

Please review the Guide of the Request for proposals first, before submitting this document. All information is available on [MEDTEQ+ website](https://www.medteq.ca/en/programme/virtual-appointments-for-digital-dentistry/).

Veuillez d’abord prendre connaissance du guide de l’appel à propositions avant de soumettre ce document. Toutes les informations sont disponibles sur le [site de MEDTEQ+.](https://www.medteq.ca/programme/les-rendez-vous-virtuels-pour-la-dentisterie-numerique/)

Please fill this form with the format **Arial 11 simple-line spacing**.

Veuillez remplir le formulaire au format **Arial 11 simple interligne**.

**Please complete this document and submit to:**

Veuillez remplir le présent document et le retourner à :

projet@medteq.ca

|  |
| --- |
| **Proposed Project title / Titre du projet proposé**  |
|  |

**SECTION 1 - DETAILS ON PROJECT TEAM/RENSEIGNEMENTS SUR L’ÉQUIPE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nominated Principal Applicant/****Leader académique****Name and given name/** **Nom et prénom** | **Organization/****Organisation** | **Phone number/ Téléphone** | **Email/Courriel** |
|  |  |  |  |  |
| **Co-Principal Applicants/****Candidats co-principaux****Name and given name/** **Nom et prénom** | **Organization/****Organisation** | **Phone number/ Téléphone** | **Email/Courriel** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Industry partner(s)/****Partenaire(s) industriel(s)****Name and given name/** **Nom et prénom** | **Organization/****Organisation** | **Phone number/ Téléphone** | **Email/Courriel** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Other researchers and industry participants related to project** **Autres chercheurs et participants industriels liés au projet** |
| **Collaborator(s)/****Collaborateur(s)****Name and given name/ Nom et prénom** | **Organization/****Organisation** | **Phone number/ Téléphone** | **Email/Courriel** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 **SECTION 2 – PREREQUISITE**/**PRÉREQUIS**

**All applicants must be a member of the Network for Canadian Oral Health Research (NCOHR) at the time of the submission of the full application. Please contact Iona Worden-Driscoll at** iona.worden-driscoll@dal.ca **for questions regarding your member registration.**

**Tous les candidats doivent être membres du Réseau canadien de recherche en santé bucco-dentaire (RCRSB/NCOHR) au moment de la soumission de la demande complète. Veuillez contacter Iona Worden-Driscoll à** iona.worden-driscoll@dal.ca **pour toute question concernant votre inscription en tant que membre.**

**SECTION 3 – DESCRIPTION, EXPERTISE AND RELEVANCE OF THE ACADEMIC TEAM/** **DESCRIPTION, EXPERTISE ET PERTINENCE DE L'ÉQUIPE UNIVERSITAIRE**

|  |
| --- |
| **Help us to know you, put yourself forward in an attractive and realistic way (50 lines maximum) Tell us why you would be the right team for the project. In particular, provide the following information:** * Research fields of the academic team.
* Research and development expertise related to the scientific, clinical and translational aspects of the proposed project, with emphasis on expertise in conducting applied research projects, if possible.
* Past and present funding related to this expertise; awards or recognitions, collaborations and notable facts.

**Aidez-nous à vous connaître, mettez-vous en avant de manière attrayante et réaliste (50 lignes max). Dites-nous pourquoi vous seriez la bonne équipe pour le projet. En particulier, fournissez les informations suivantes :*** Domaines de recherche de l'équipe universitaire.
* Expertise en recherche et développement liée aux aspects scientifiques, cliniques et translationnels du projet proposé, en mettant l'accent sur l'expertise dans la conduite de projets de recherche appliquée, si possible.
* Financement passé et actuel lié à cette expertise; prix ou reconnaissances, collaborations et faits notables.
 |
|  |

**SECTION 4 – DESCRIPTION, EXPERTISE AND RELEVANCE OF INDUSTRY PARTNERS/** **DESCRIPTION, EXPERTISE ET PERTINENCE DES PARTENAIRES INDUSTRIELS**

|  |
| --- |
| **Help us to know you, put yourself forward in an attractive and realistic way (50 lines max.) Please provide the following information:** * Country/province of origin, year of creation, number of employees.
* Revenues, funding, grants and awards obtained.
* Expertise related to the scientific, clinical and commercial aspects of the proposed project.
* History of collaborations with academic researchers.
* Optional: add your company's pitch deck as an Appendix (maximum 5 pages).

**Aidez-nous à vous connaître, mettez-vous en avant de manière attrayante et réaliste (50 lignes max). Veuillez fournir les informations suivantes :*** Pays/province d'origine, année de création, nombre d'employés.
* Revenus, financement, subventions et prix obtenus.
* Expertise liée aux aspects scientifiques, cliniques et commerciaux du projet proposé.
* Historique des collaborations avec les chercheurs universitaires.
* Optionnel : ajoutez le pitch deck de votre entreprise en annexe (maximum 5 pages).
 |
|  |

**SECTION 5 – PROJECT AND PARTNERS’ CONTRIBUTION /** **PROJET ET CONTRIBUTION DES PARTENAIRES**

|  |
| --- |
| **Describe your project. Be sure to cover the following points. (50 lines max)*** Description of the innovation - What the solution does or will be able to do ?
* The technology maturity level at the beginning and end of the project (see TRL Appendix - justify).
* Why this solution and to meet what need?
* Target market for the developed solution, the innovative concept, why will it be different from others, what will be your competitive, technical and commercial advantages, who will be your competitors and why this solution is better?
* Role of the various partners.
* Clinical and commercial benefits.

**Décrivez votre projet. Veillez à couvrir les points suivants (50 lignes max)*** Description de l'innovation - Qu'est-ce que la solution fait ou sera capable de faire ?
* Son niveau de maturité technologique au début et à la fin du projet (justifier)
* Pourquoi cette solution et pour répondre à quel besoin ?
* Marché cible de la solution développée, le concept innovant, pourquoi sera-t-il différent des autres, quels seront vos avantages concurrentiels, techniques et commerciaux, qui seront vos concurrents et pourquoi cette solution est meilleure ?
* Rôle des différents partenaires.
* Avantages cliniques et commerciaux.
 |
| Start TRL |  | End TRL |  |
| TRL de départ |  | TRL de fin |  |
|  |

**SECTION 6 – PRELIMINARY PLAN FOR VALIDATION OF THE SOLUTION IN A REAL ENVIRONMENT/** **PLAN PRÉLIMINAIRE DE VALIDATION DE LA SOLUTION DANS UN ENVIRONNEMENT RÉEL**

|  |
| --- |
| **In 25 lines maximum, design the outline of a validation plan for the solution by highlighting:** * The objectives and methodology of the validation. Describe the validation steps you plan, its duration, the key elements anticipated (ethical issues, data access, interoperability, cybersecurity, etc.)
* The planned use of the solution in a clinical context and the expected clinical results.

**En 25 lignes maximum, concevez les grandes lignes d'un plan de validation de la solution en mettant en évidence :** * Les objectifs et la méthodologie de la validation. Décrivez les étapes de validation que vous prévoyez, sa durée, les éléments clés anticipés (questions éthiques, accès aux données, interopérabilité, cybersécurité, etc.)
* L'utilisation prévue de la solution dans un contexte clinique et les résultats cliniques attendus.
 |
|  |

**SECTION 7 – Commercialisation/** **COMMERCIALISATION**

|  |
| --- |
| **In no more than 25 lines, describe the following*** Team's commercialization experience or access to mentorship/coaching from mentors, coaches or experts, incubators or accelerators.
* Proposed revenue model for the proposed solution.

**En 25 lignes maximum, décrivez les points suivants*** Expérience de l'équipe en matière de commercialisation ou accès au mentorat/coaching de mentors, coachs ou experts, incubateurs ou accélérateurs.
* Modèle de revenu proposé pour la solution proposée.
 |
|  |

**SECTION 8 – PROPOSED RESEARCH BUDGET/ BUDGET DE RECHERCHE PROPOSÉ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Details** **Détails** | **Year 1****An 1** | **Year 2****An 2** | **TOTAL** |
| **Staff/****Personnel**  |  |  |  |  |
| **Material and consummables/Matériel et consommables**  |  |  |  |  |
| **Travel/Déplacement(s)**  |  |  |  |  |
| **Other Expenditures/ Autres dépenses** |  |  |  |  |
| **TOTAL**  |  |  |  |  |

**SECTION 9 – CONSENT AND SIGNATURES / CONSENTEMENT ET SIGNATURES**

|  |
| --- |
| **I authorize NCOHR and MEDTEQ+ to retain and use all information contained in this document on the condition that persons having access to this information respect its confidentiality.** * I agree that my name, industry affiliation, project title and keywords may be posted on the NCOHR and MEDTEQ+ websites, if my project is selected following the letter of interest stage.
* I have read the program guide and agree to abide by all of its terms and conditions.
* I understand that failure to comply with any of these commitments may result in the withdrawal of my application during the evaluation process.

N.B. Only a handwritten or electronic signature (certified) will be accepted. Signatures simply written on the keyboard of a computer will be refused. **J'autorise NCOHR et MEDTEQ+ à conserver et à utiliser toutes les informations contenues dans ce document à condition que les personnes ayant accès à ces informations en respectent la confidentialité.** * J'accepte que mon nom, mon affiliation industrielle, le titre du projet et les mots-clés soient publiés sur les sites Internet de NCOHR et de MEDTEQ+, si mon projet est sélectionné à l'issue de l'étape de manifestation d'intérêt.
* J'ai lu le guide du programme et j'accepte de me conformer à toutes ses conditions.
* Je comprends que le non-respect de l'un de ces engagements peut entraîner le retrait de ma candidature au cours du processus d'évaluation.

N.B. Seule une signature manuscrite ou électronique (certifiée) sera acceptée. Les signatures simplement écrites sur le clavier d'un ordinateur seront refusées.  |
| **PROJECT LEAD(S)/ PORTEUR(S) DU PROJET** |
| **Name/Nom:**         | **Signature :**        |  **Date :**         |
| **Name/Nom:**         | **Signature :**        |  **Date :**         |