***Този формуляр за кандидатстване за безвъзмездни средства за Здравна организация за здравеопазване (ЗО) може да се използва от класиращите се ЗО за подаване на искане за безвъзмездна финансова помощ в подкрепа на присъствието на медицински специалисти (МС) на национален или международен научен конгрес, за да даде възможност за обучението им, което има значимо и положително въздействие върху грижите за пациентите. Astellas поддържа строга политика да не насърчава отпускане на безвъзмездни средства и не предоставя безвъзмездни средства с цел предписване или препоръка за изписване на продукти на Astellas.***

***Всички данни, събрани в този формуляр, имат единствената и изключителна цел да се поиска образователна подкрепа от Astellas. Данните няма да се споделят с трети страни и ще се съхраняват само за тази конкретна цел.***

1. **ПОДРОБНОСТИ ЗА ИСКАЩИЯ БЕЗВЪЗМЕЗДНА ПОМОЩ**

| **Подробности за искащата организация** |
| --- |
| Име на ЗО:      |
| Адрес:       |
| Имейл адрес:       | Уебсайт:        |
| Можете ли да потвърдите, че Вашата организация е някое от следните? 1. **Държавна или обществена болница**

Държавно финансирана университетска, специализирана или обществена болница **ИЛИ**1. **Частна болница**

Обърнете внимание – може да не подкрепяме искания от частни болници, в зависимост от държавата/региона. **ИЛИ**1. **Медицински дружества или асоциации**

Национално признати със собствена професионална администрация и официална структура на управление. Например колежи, дружества за конкретна терапевтична област, институции, асоциации, факултети и стипендиантски организации с официална структура на управление1. **Друго (**например университет, изследователска група)
 | [ ]  Потвърждавам, че моята организация е (отбележете приложимото):[ ]  1. Държавна/обществена болница[ ]  2. Частна болница[ ]  3. Медицинско дружество/асоциация [ ]  4. Друго – моля, опишете:       |
| Можете ли да потвърдите, че Вашата организация **НЕ Е** някое от следните? * Здравен център/обща практика
* Асоциации и професионални групи, които не са национално признати и/или притежавани/управлявани от ЗО
 | [ ]  Потвърждавам, че организацията ми **НЕ Е** една от тези групи  |
| Вашата организация или някой от нейните служители или директори обвиняван или осъждан ли е по някакъв въпрос, свързан с подкуп, корупция, измама или пране на пари през последните пет (5) години | [ ]  Потвърждавам, че моята организация НЕ Е обвинена или осъдена по някой от изброените въпроси  |
| Можете ли да потвърдите, че средствата ще отидат в централна банкова сметка, предмет на управление/процес на вътрешен одит, прилаган от организацията в съответствие с местните данъчни изисквания? | [ ]  Потвърждавам |
| **Болници**: Потвърдете размера на организацията – колко медицински специалисти (МС) са наети във Вашата болница. Изберете един вариант:[ ]  <50 [ ]  50 – 100 [ ]  101 – 250 [ ]  >251 – 500 [ ]  >500 [ ]  Не е приложимо – организацията не е болница  |
| **Медицински дружества или асоциации:** Потвърдете следното:[ ]  Вашето дружество/асоциация има национално (или по-широко) покритие [ ]  Вашето дружество/асоциация има повече от 100 активни членове [ ]  Вашето дружество/асоциация има секретариат или подобно лице, което да контролира членството/дейностите[ ]  Вашето дружество/асоциация провежда срещи за своите членове всяка година [ ]  Вашето дружество/асоциация не е създадено с основна или единствена цел получаване/отпускане на безвъзмездни средства за медицинско образование[ ]  Не е приложимо – организацията не е медицинско дружество или асоциация **Коментари:**       |
| Какви медицински образователни теми ще обхваща тази финансова помощ?  | [ ]  Онкология[ ]  Хематология[ ]  Нефрология[ ]  Урология[ ]  Имунология (включително трансплантация)[ ]  Женско здраве |
| Можете ли да потвърдите, че ЗО има капацитет да организира и изпълни логистичните изисквания за тази заявка чрез Вашия административен персонал или трета страна? | [ ]  Потвърждавам, че организацията има необходимия логистичен капацитет |
| **Относно Вашата организация:** (Включете кратко описание на Вашата организация и защо смятате, че тя е добър кандидат за медицинска образователна стипендия в предвиденото по-долу място):      |

1. **Подробности за събитието**

|  |  |
| --- | --- |
| **За посещаването на кое събитие искате подкрепа за МС?**  |       |
| **Дата и място на събитието:**  |        |
| **Програма/Подробности за събитието:** | Предоставете или прикачете програма/подробности.       |
| **Система за одобрение на конференции (CVS) – e4ethics:** Получило ли е събитието положителна оценка за e4ethics? Това е необходимо, за да може Astellas да обмисли подкрепата за приложимо събитие. <https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/objective/> ЗАБЕЛЕЖКА: Тази оценка е необходима за важни международни срещи, които се провеждат в държави от обхвата на Кодекса EFPIA и се очаква да привлекат общо най-малко 500 участници от над 5 държави. Конгресите, които са изцяло виртуални, без присъстващи на място делегати, са извън този обхват. | [ ]  Да [ ]  Не [ ]  Не е приложимо. Обяснете защо:       |
| **Акредитация на събитието** Акредитирано ли е това събитие от признат акредитиращ орган?  | [ ]  Потвърждавам, че събитието е акредитирано. Предоставете подробности за акредитирания доставчик:       |
| **Оценка на нуждите:** Какви образователни потребности или пропуски подкрепя това искане? Дали медицинската дейност се отнася за важна научна/медицинска потребност? Ще подобри ли дейността научните познания или клиничната практика? | Посочете подробности:      |
| **Образователни резултати:**Как ще се измерват образователните резултати? Как ще се измери промяната в знанията на МС? Как ще се измери въздействието върху грижите за пациентите? Как ще се споделят знанията? | Посочете подробности:       |

1. **Подробности за искането за БЕЗВЪЗМЕЗДНА ПОМОЩ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Безвъзмездна помощ, поискана по дата:**  |       |
| **Брой МС, които възнамерявате да подкрепите:** (максимум 10) |       |
| **Описание на исканата подкрепа:** |       |
| **Разбивка на разходите за безвъзмездни средства:**Осигурете разбивка на разходите по елементите, към които ще се насочи безвъзмездното финансиране |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Елемент**  | **Брой МС** Забележка: Максимум = 10 | **Разходи**  |
| Регистрация  |       |       |
| Пътуване (напр. полет) |       |       |
| Настаняване  |       |       |
|  |  | **Обща сума\*:**       |

\*Обща сума, предназначена за покриване на горното. Исканата сума първо ще бъде анализирана от Astellas. Ако бъде одобрена, не гарантираме, че исканата тук сума ще бъде предоставена в пълен размер |
| **Поискали ли сте подкрепа от други източници?**  | Ако да, посочете подробности:       |
| **Подробности за това как подкрепата ще подобри/поддържа грижата за пациента** | **Този раздел трябва да съдържа информация за:** Какви образователни потребности или пропуски подкрепя това искане? Как това предложение ще удовлетвори тази нужда? Как ще се повлияят положително пациентите от тази подкрепа?      |
| **Декларация за отговорност**  | Декларирам за всички правни цели, че предоставената информация е вярна и нося отговорност за нейната автентичност и достоверност.Име:      Длъжност:      Дата:       |