***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 управление   1. **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: |