

Формуляр за кандидатстване за безвъзмездна помощ за ЗО

Този формуляр за кандидатстване за безвъзмездна помощ за ЗО може да се използва от организациите, отговарящи на условията, за подаване на искане за безвъзмездна помощ за подпомагане на участието на медицински специалисти (МС) в национален или международен научен конгрес, за да се даде възможност за обучение на МС, което има значимо и положително въздействие върху грижите за пациентите. Astellas поддържа строга политика да не набира безвъзмездни средства и не предоставя безвъзмездни средства с цел насърчаване или възнаграждаване на предписването 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.

РАЗДЕЛ 1: ПОДРОБНОСТИ ЗА ИСКАЩИЯ БЕЗВЪЗМЕЗДНА ПОМОЩ

Име на ЗО:	
Адрес:	
Имейл адрес:	URL адрес на уебсайт на ЗО:
Потвърждавам, че моята организация е: ☐ Държавна/обществена болница Държавно финансирана университетска, специализирана или обществена болница ☐ Частна болница Обърнете внимание: Astellas може да не подкрепи искания от частни болници – в зависимост от региона	Колко МС работят във вашата болница? ☐ < 50 ☐ 50 – 100 ☐ 101 – 250 ☐ >251 – 500 ☐ >500
☐ Медицинско дружество/асоциация 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	Потвърдете дали вашето дружество/асоциация: ☐ Има национално (или по-широко) покритие ☐ Има повече от 100 активни членове ☐ Има секретариат или подобно лице, което да контролира членството/дейностите ☐ Всяка година провежда събрания на своите членове ☐ Не е създадено с основна или единствена цел получаване/отпускане на безвъзмездни средства за медицинско образование

Формуляр за кандидатстване за безвъзмездна помощ за ЗО

Обърнете внимание: Astellas **НЕ** подкрепя здравни центрове, общопрактикуващи/частни клиники, ненационално признати и/или притежавани/управлявани от МС асоциации и професионални групи

Потвърждавам следното относно моята организация:

- ☐ моята организация, нито някой от нейните служители или директори, не е обвиняван, нито осъждан по някакъв въпрос, свързан с подкуп, корупция, измама или пране на пари през последните пет (5) години;
- ☐ средствата ще отидат в централна банкова сметка, предмет на управление/процес на вътрешен одит, прилаган от организацията в съответствие с местните данъчни изисквания;
- ☐ моята организация има капацитет да организира и изпълни логистичните изисквания за тези заявки чрез нашия административен персонал или трета страна.

Коя медицинска образователна тема ще обхваща тази финансова помощ?

(изберете само ЕДНА тема, която е най-подходяща)

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| ☐ Онкология | ☐ Нефрология | ☐ Имунология (включително трансплантация) |
| ☐ Хематология | ☐ Урология | ☐ Женско здраве |

Относно вашата организация: (Включете кратко описание на вашата организация и защо смятате, че тя е подходящ кандидат за безвъзмездна помощ за ЗО):

РАЗДЕЛ 2: ПОДРОБНОСТИ ЗА СЪБИТИЕТО

Име на събитието:	Дата и място на събитието:
Уебсайт на конгреса или събитието: (задължително)	
Дневен ред/Подробности за събитието: (предоставете или прикачете дневен ред/подробности; или въведете съответния URL адрес на официалната страница на конгреса)	

Формуляр за кандидатстване за безвъзмездна помощ за 30

Оценка на нуждите: <i>(предоставете подробности за това в подкрепа на каква образователна нужда или пропуск е тази заявка? Дали медицинската дейност се отнася за важна научна/медицинска необходимост? Ще подобри ли дейността научните познания или клиничната практика?)</i>	Образователни резултати: <i>(предоставете подробности за това 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?)</i>
Акредитирано ли е това събитие от признат акредитиращ орган? ☐ Да <i>(предоставете подробности за акредитирания доставчик)</i> ☐ Не	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. Търсене на събития – Ethical MedTech EU ☐ Да ☐ Не ☐ Не е приложимо <i>(обяснете защо)</i>

* Тази оценка е необходима за важни международни срещи, които се провеждат в държави от обхвата на Кодекса EFPIA и се очаква да привлечат общо най-малко 500 участници от над 5 държави. Конгресите, които са изцяло виртуални, без присъстващи на място делегати, са извън този обхват.

РАЗДЕЛ 3: ПОДРОБНОСТИ ЗА ЗАЯВКАТА ЗА БЕЗВЪЗМЕЗДНА ПОМОЩ

Безвъзмездна помощ, поискана по дата:	Брой МС, които ще бъдат подкрепени (макс. 10): <i>(освен ако не се изисква от местното законодателство, НЕ трябва да разкривате имена или подробности за МС на Astellas)</i>								
Обхват на исканата подкрепа: <i>(осигурете разбивка на разходите по елементите, към които ще се насочи безвъзмездното финансиране)</i> ☐ Такси за регистрация: ЗАБЕЛЕЖКА: За международни конгреси Astellas подкрепя финансиране само на таксите за регистрация. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr style="background-color: #d3d3d3;"> <th style="width: 15%;">Брой МС (макс. 10)</th> <th style="width: 45%;">Подробности за таксите за регистрация</th> <th style="width: 20%;">Сума във валутата на местоположението на конгреса</th> <th style="width: 20%;">Сума в местна валута</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td> ☐ Лично/☐ Виртуално ☐ Член/☐ Не-член ☐ Ранно записване/☐ Стандартно ☐ Други: </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Междинна сума „А“		Брой МС (макс. 10)	Подробности за таксите за регистрация	Сума във валутата на местоположението на конгреса	Сума в местна валута		☐ Лично/ ☐ Виртуално ☐ Член/ ☐ Не-член ☐ Ранно записване/ ☐ Стандартно ☐ Други:		
Брой МС (макс. 10)	Подробности за таксите за регистрация	Сума във валутата на местоположението на конгреса	Сума в местна валута						
	☐ Лично/ ☐ Виртуално ☐ Член/ ☐ Не-член ☐ Ранно записване/ ☐ Стандартно ☐ Други:								
☐ Пътуване и настаняване:									

Формуляр за кандидатстване за безвъзмездна помощ за 30

ЗАБЕЛЕЖКА: Разходи в разумни граници за път и настаняване могат да бъдат финансирани само за МС, които участват в национални конгреси/ако мястото на провеждане на международния конгрес е в държавата на пребиваване на МС.				
Елемент	Брой МС (макс. 10)	Подробности	Сума в начислена валута	Сума в местна валута
Пътуване		<i>(разходи за самолет/влак на един МС)</i>		
	<i>(Представете подробна информация за вида на транспорта, тарифата и класа на услугата или как са изчислени транспортните разходи)</i>			
Настаняване		<i>(Брой нощувки x цена/нощувка на един МС)</i>		
	<i>(Посочете името на планирания хотел или начина, по който са изчислени разходите за настаняване, включително брой звезди (клас))</i>			
Междинна сума „В“				
Описание на исканата подкрепа:				
Обща заявена сума (междинна сума „А“ + междинна сума „В“): Исканата сума първо ще бъде анализирана от Astellas. Ако заявката за безвъзмездна помощ бъде одобрена, не гарантираме, че цялата искана тук сума ще бъде предоставена в пълен размер.				(в местна валута)
Поискали ли сте подкрепа от други източници? <i>(обърнете внимание, че не трябва да се иска двойно финансиране за едни и същи лица за участие в дадено събитие)</i>			☐ Да <i>(посочете подробности)</i> ☐ Не	
Как това ще подкрепи/подобри грижата за пациента? <i>(представете подробности за това в подкрепа на каква образователна нужда или пропуск е тази заявка? Как това предложение ще удовлетвори тази нужда? Как ще се повлияят положително пациентите от тази подкрепа?)</i>				
Декларация за отговорност: Декларирам за всички правни цели, че предоставената информация е вярна и нося отговорност за нейната автентичност и достоверност.				
Име: Длъжност:			Дата:	