

Formularz wniosku o dotację dla organizacji opieki zdrowotnej

Niniejszy formularz wniosku o grant dla organizacji ochrony zdrowia (HCO) może być wykorzystany przez te HCO, które kwalifikują się do złożenia wniosku o finansowanie udziału przedstawicieli zawodów medycznych (HCP) w krajowym lub międzynarodowym kongresie naukowym, aby zapewnić im możliwość edukacji, która ma znaczący i pozytywny wpływ na opiekę nad pacjentami. Firma Astellas ściśle przestrzega zasady, że nie oferuje grantów z własnej inicjatywy, a dofinansowanie nie ma na celu nakłaniania do przepisywania produktów firmy ani nagradzania za takie praktyki.

Wszelkie dane zebrane w tym formularzu posłużą wyłącznie do celów złożonego wniosku o wsparcie edukacyjne ze strony Astellas. Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym i będą przechowywane wyłącznie w tym konkretnym celu.

SEKCJA 1: SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE ORGANIZACJI UBIEGAJĄCEJ SIĘ O DOTACJĘ

Nazwa organizacji opieki zdrowotnej (HCO):	
Adres:	
Adres e-mail:	Adres URL strony internetowej HCO:
Potwierdzam, że moja organizacja to: ☐ Szpital państwowy Finansowany przez rząd szpital kliniczny, specjalistyczny lub ogólny ☐ Szpital prywatny Uwaga: Firma Astellas może nie rozpatrywać wniosków ze szpitali prywatnych — w zależności od regionu	Ilu przedstawicieli zawodów medycznych (HCP) jest zatrudnionych w Pana/Pani szpitalu? ☐ <50 ☐ 50–100 ☐ 101–250 ☐ >251–500 ☐ >500
☐ Towarzystwo/stowarzyszenie medyczne Uznane na szczeblu krajowym, z własną profesjonalną administracją i formalną strukturą zarządzania. Na przykład kolegia, towarzystwa ds. specyficznego obszaru terapii, instytucje, stowarzyszenia, wydziały i programy stypendialne z formalną strukturą zarządzania	Proszę potwierdzić, czy Pana/Pani towarzystwo/stowarzyszenie: ☐ Ma zasięg krajowy (lub szerszy) ☐ Ma ponad 100 aktywnych członków ☐ Ma sekretariat lub zatrudnia osobę na podobnym stanowisku, która nadzoruje kwestie członkostwa/działalność ☐ Co roku organizuje spotkania dla swoich członków ☐ Nie zostało utworzone w głównym lub wyłącznym celu otrzymywania/wypłacania dotacji na edukację medyczną

Formularz wniosku o dotację dla organizacji opieki zdrowotnej

Uwaga: Firma Astellas **NIE** udziela wsparcia ośrodkom zdrowia, przychodniom lekarskim/prywatnym klinikom, stowarzyszeniom i grupom zawodowym nieuznanym na szczeblu krajowym i/lub będącym własnością/prowadzonym przez przedstawicieli zawodów medycznych

Potwierdzam następujące informacje dotyczące mojej organizacji:

- ☐ Moja organizacja oraz żaden z członków jej personelu ani dyrektorów NIE zostali w ciągu ostatnich pięciu (5) lat oskarżeni o / skazani za jakąkolwiek kwestię związaną z przekupstwem, korupcją, oszustwem lub praniem brudnych pieniędzy.
- ☐ Środki trafią na rachunek w banku centralnym podlegający wewnętrznemu audytowi/procesowi stosowanemu przez organizację zgodnie z lokalnymi wymogami podatkowymi.
- ☐ Moja organizacja jest w stanie zorganizować spełnienie wymagań logistycznych tych wniosków i spełnić je za pośrednictwem własnego personelu administracyjnego lub podmiotu zewnętrznego.

Które medyczne tematy edukacyjne obejmie ta dotacja?

(proszę wybrać tylko JEDEN temat, który jest najbardziej odpowiedni w danej sytuacji)

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| ☐ Onkologia | ☐ Nefrologia | ☐ Immunologia (w tym transplantologia) |
| ☐ Hematologia | ☐ Urologia | ☐ Zdrowie kobiet |

Informacje o organizacji: (proszę podać krótki opis swojej organizacji i powód, dla którego uważa Pan/Pani, że organizacja ta jest dobrym kandydatem do otrzymania dotacji dla HCO):

SEKCJA 2: SZCZEGÓŁY WYDARZENIA

Nazwa wydarzenia:	Data i miejsce wydarzenia:
Strona internetowa kongresu lub wydarzenia: (wymagana)	
Program/szczegóły wydarzenia: <i>(proszę podać lub dołączyć program/szczegółowe informacje lub wstawić odpowiedni adres URL oficjalnej strony kongresu)</i>	

Formularz wniosku o dotację dla organizacji opieki zdrowotnej

Ocena potrzeb: (Proszę podać szczegółowe informacje na temat tego, jaką potrzebę lub lukę edukacyjną wspiera ten wniosek? Czy działalność medyczna zaspokoi ważną potrzebę naukową/medyczną? Czy działalność ta przyczyni się do rozwoju wiedzy naukowej lub praktyki klinicznej?)	Efekty kształcenia: (Proszę podać szczegółowe informacje na temat tego, w jaki sposób będą mierzone efekty kształcenia? W jaki sposób będzie sprawdzony stan wiedzy przedstawicieli zawodów medycznych (HCP)? W jaki sposób będzie weryfikowany wpływ na opiekę nad pacjentem? W jaki sposób wiedza będzie przekazywana dalej?)
Czy to wydarzenie jest akredytowane przez uznaną jednostkę akredytującą? ☐ Tak (proszę podać dane jednostki akredytującej) ☐ Nie	Conference Vetting System (CVS) – e4ethics:* Czy wydarzenie uzyskało pozytywną ocenę w e4ethics? Jest to wymagane, aby firma Astellas rozważyła wsparcie na udział w danym wydarzeniu. Szukaj wydarzeń — Ethical MedTech EU ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy (proszę wyjaśnić, dlaczego)

* Ocena ta jest wymagana w przypadku dużych spotkań międzynarodowych odbywających się w krajach objętych Kodeksem EFPIA i oczekuje się, że w danym wydarzeniu weźmie udział co najmniej 500 uczestników z więcej niż 5 krajów. Nie obejmuje to kongresów, które są całkowicie wirtualne, bez osobistego udziału delegatów.

SEKCJA 3: SZCZEGÓŁY WNIOSKU O DOTACJĘ

Dofinansowanie wymagane do dnia:	Liczba HCP wymagających wsparcia (maks. 10): (o ile nie jest to wymagane przez lokalne prawo, NIE wolno ujawniać firmie Astellas imion i nazwisk ani innych danych HCP)		
Zakres wnioskowanego wsparcia: (proszę przedstawić zestawienie kosztów pozycji, na które zostanie przeznaczone dofinansowanie)			
☐ Oplaty rejestracyjne: UWAGA: W przypadku kongresów międzynarodowych firma Astellas wspiera wyłącznie finansowanie opłat rejestracyjnych.			
Liczba HCP (maks. 10)	Szczegóły opłat rejestracyjnych	Koszt w walucie lokalizacji kongresu	Koszt w walucie lokalnej
	☐ Udział osobisty / ☐ Udział wirtualny ☐ Członek / ☐ Osoba niebędąca członkiem ☐ Wczesne zgłoszenie / ☐ Standard ☐ Inne:		
Suma pośrednia „A”			

Formularz wniosku o dotację dla organizacji opieki zdrowotnej

☐ Podróż i zakwaterowanie: UWAGA: Uzasadnione koszty podróży i zakwaterowania mogą być sfinansowane tylko w przypadku HCP uczestniczących w kongresach krajowych / wtedy gdy miejsce kongresu międzynarodowego znajduje się w kraju zamieszkania HCP.				
Pozycja	Liczba HCP (maks. 10)	Szczegóły	Koszt w walucie, w jakiej naliczana jest opłata	Koszt w walucie lokalnej
Podróż		(opłaty za przelot/pociąg na jednego HCP)		
		(Należy podać szczegółowe informacje na temat środka transportu, taryfy i klasy usługi lub sposobu obliczenia kosztów transportu)		
Zakwaterowanie		(liczba noclegów X koszt 1 noclegu na jednego HCP)		
		(Należy podać nazwę planowanego hotelu lub sposób obliczenia kosztów zakwaterowania, w tym liczbę gwiazdek)		
Suma pośrednia „B”				
Opis wnioskowanego wsparcia:				
Całkowita wnioskowana kwota (suma częściowa „A” + suma częściowa „B”): Wnioskowana kwota zostanie najpierw przeanalizowana przez Astellas. W przypadku zatwierdzenia wniosku o dotację nie gwarantujemy, że przyznane dofinansowanie pokryje całą wnioskowaną kwotę.				(w walucie lokalnej)
Czy został złożony wniosek o wsparcie z innych źródeł? (należy pamiętać, że nie można ubiegać się o podwójne dofinansowanie dla tych samych osób, aby mogły wziąć udział w wydarzeniu)			☐ Tak (proszę podać szczegóły) ☐ Nie	
W jaki sposób wsparcie wpłynie na poprawę/utrzymanie poziomu opieki nad pacjentem? (Proszę podać szczegółowe informacje na temat tego, jaką potrzebę lub lukę edukacyjną wspiera ten wniosek? W jaki sposób to wsparcie pomoże zaspokoić daną potrzebę? W jaki sposób to wsparcie pozytywnie wpłynie na pacjentów?)				
Oświadczenie o odpowiedzialności: Dla wszystkich celów prawnych oświadczam, że podane informacje są prawdziwe i odpowiadam za ich autentyczność i prawdziwość.				
Imię i nazwisko: Tytuł:			Data:	