

Sağlık Kuruluşu Hibe Başvuru Formu

Bu Sağlık Kuruluşu (SK) Hibe Başvuru Formu, Şartları Yerine Getiren SK'lar tarafından Sağlık Mesleği Mensuplarının (SMM'ler), hasta bakımına anlamlı ve olumlu bir etki sağlayan SMM eğitimi alması amacıyla ulusal veya uluslararası bir bilimsel kongreye katılımını desteklemek için bir Hibe talebinde bulunmak üzere kullanılabilir. Astellas kendisi hibe teklif etmeme konusunda katı bir politikaya sahiptir ve Astellas ürünlerinin reçete edilmesini teşvik etmek veya ödüllendirmek amacıyla hibe vermez.

Bu formda talep edilen veriler yalnızca Astellas'tan eğitim desteği talep edilmesi hususi amacı doğrultusunda toplanmaktadır. Veriler üçüncü şahıslarla paylaşılmayacak ve sadece bu hususi amaç doğrultusunda saklanacaktır.

1. BÖLÜM: HİBE TALEBİNDE BULUNANLAR HAKKINDAKİ BİLGİLER

SK Adı:	
Adres:	
E-posta adresi:	SK Web Sitesi URL'si:
Kuruluşumun aşağıda belirtilen nitelikleri taşıdığını onaylıyorum: ☐ Devlet/Kamu Hastanesi Devlet Destekli Eğitim Hastanesi, İhtisas Hastanesi veya Genel Hastane ☐ Özel Hastane Astellas'ın Özel Hastanelerden gelen talepleri, ilgili bölgeye bağlı olarak desteklemeyebileceğini lütfen unutmayın	Hastanenizde kaç SMM çalışıyor? ☐ <50 ☐ 50-100 ☐ 101-250 ☐ >251-500 ☐ >500
☐ Tıp Derneği/Birliği Kendi profesyonel yönetimi ve resmi yönetim yapısı bulunan ve ulusal olarak tanınan. Örneğin, resmi bir yönetim yapısı bulunan Kraliyet Kolejlere, Tedavi Alanına Özgü Dernekler, Enstitüler, Birlikler, Fakülteler ve Cemiyetler.	Lütfen Derneğinizi/Birliğinizi aşağıdaki nitelikleri taşıdığını onaylayın: ☐ Ulusal (veya daha geniş ölçekli) hizmet kapsama alanına sahiptir ☐ 100'den fazla aktif üyesi vardır ☐ Üyelik süreçlerini/faaliyetlerini denetlemek için Sekreter kadrosuna veya benzeri bir görevliye sahiptir ☐ Üyeleri için her yıl toplantılar düzenlemektedir ☐ Öncelikli kuruluş amacı tıp eğitimi hibeleri almak/vermek değildir
Astellas'ın Sağlık Merkezlerini, Genel Muayenehaneleri/Özel Klinikleri, ulusal olarak tanınmayan ve/veya SMM'lerin Sahip Olduğu/İşlettiği Dernekleri ve Meslek Gruplarını DESTEKLEMEDİĞİNİ lütfen unutmayın	
Kuruluşumun aşağıdaki nitelikleri taşıdığını onaylıyorum: ☐ Kuruluşum veya herhangi bir yetkilisi ya da yöneticisi son beş (5) yıl içinde rüşvet, yolsuzluk, dolandırıcılık veya kara para aklama ile ilgili bir konuda YARGILANMAMIŞ veya CEZA ALMAMIŞTIR. ☐ Fonlar, yerel vergi gereklilikleri doğrultusunda kuruluş tarafından uygulanan iç denetim yönetimine/sürecine tabi bir merkezi banka hesabına gidecektir. ☐ Kuruluşum kendi idari personelimiz veya üçüncü bir taraf aracılığıyla bu taleplerle ilişkili lojistik gereksinimlerini organize etme ve yürütme yeterliliğine sahiptir.	

Sağlık Kuruluşu Hibe Başvuru Formu**Bu hibe hangi tıbbi eğitim konusunu kapsayacak?***(lütfe en alakalı olan konulardan yalnızca BİRİNİ seçin)*

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| ☐ Onkoloji | ☐ Nefroloji | ☐ Transplant |
| ☐ Hematoloji | ☐ Üroloji | ☐ Kadın Sağlığı |

Kuruluşunuz Hakkında: (Lütfe kuruluşunuzun kısa bir tanımını ve bir SK Hibesi için neden iyi bir aday olduğunuzu düşündüğünüzü ekleyin):

2. BÖLÜM: ETKİNLİK DETAYLARI

Etkinlik Adı:	Etkinliğin Tarihi ve Yeri:
Kongre veya Etkinlik web sitesi: (gerekli)	
Etkinliğin Gündemi/Ayrıntıları: (lütfe etkinliğin gündemini/ayrıntılarını belirtin, dosya olarak ekleyin ya da kongre resmi sayfasının ilgili URL'sini ekleyin)	
İhtiyaç Değerlendirmesi: (Lütfe bu talebin hangi eğitim ihtiyacını veya açığını destekleyeceğine dair bilgi verin. Tıbbi Faaliyet önemli bir bilimsel/tıbbi ihtiyaca cevap verir nitelikte mi? Bu faaliyet bilimsel bilgi birikimine veya klinik uygulamalara katkı sağlayacak mı?)	Eğitim Sonuçları: (Lütfe şu konularda bilgi verin: Eğitim sonuçları nasıl ölçülecek? SMM'nin bilgi birikimindeki değişim nasıl ölçülecek? Hasta bakımı üzerindeki etki nasıl ölçülecek? Bilgi nasıl paylaşılacak?)
Bu etkinlik tanınmış bir akreditasyon kuruluşu tarafından akredite edildi mi? ☐ Evet (lütfe akreditasyon kuruluşunun bilgilerini girin) ☐ Hayır	Konferans Sorgulama Sistemi (CVS), e4ethics:* Etkinlik, e4ethics'te olumlu bir değerlendirme aldı mı? Bu bilgi, Astellas'ın geçerli bir etkinliğe destek sağlama seçeneğini değerlendirebilmesi için gereklidir. Etkinlikleri Arayın – Ethical MedTech EU ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Uygulanamaz (lütfe nedenini açıklayın)
* Bu değerlendirme, EFPIA Kuralları kapsamındaki ülkelerde gerçekleştirilen ve 5'ten fazla ülkeden toplam en az 500 katılımcının katılması beklenen büyük uluslararası toplantılar için gereklidir. Yüz yüze katılım içermeyen, tamamen sanal ortamda gerçekleştirilen kongreler bu kapsamın dışındadır.	

3. BÖLÜM: HİBE TALEBİNİN AYRINTILARI

Sağlık Kuruluşu Hibe Başvuru Formu

Hibe desteğinin istendiği tarih:	Desteklenecek SMM sayısı (maks. 10): (yerel yasalar uyarınca zorunlu olmadığı süreçte, SMM'lerin adlarını veya bilgilerini Astellas ile PAYLAŞMAYIN)			
Talep Edilen Desteğin Kapsamı: (lütfen hibe finansmanının tahsis edileceği kalemlerin maliyet dökümünü sağlayın)				
☐ Kayıt Ücretleri: NOT: Uluslararası kongreler için Astellas yalnızca kayıt ücretlerinin finansmanını destekler.				
SMM sayısı (maks. 10)	Kayıt Ücreti Ayrıntıları	Kongrenin Düzenleneceği Ülkenin Para Birimi Cinsinden Maliyeti	Yerel Para Birimi Cinsinden Maliyeti	
	☐ Yüz Yüze / ☐ Sanal ☐ Üye / ☐ Üye Değil ☐ Erken / ☐ Standart ☐ Diğer:			
Ara toplam "A"				
☐ Seyahat ve Konaklama: NOT: Makul seyahat ve konaklama masrafları yalnızca yerel kongrelere katılan SMM'ler için ya da uluslararası kongre SMM'nin ikamet ettiği ülkede düzenleniyorsa finanse edilebilir.				
Kalem	SMM sayısı (maks. 10)	Ayrıntılar	Tahakkuk Ettiği Para Birimi Cinsinden Maliyeti	Yerel Para Birimi Cinsinden Maliyeti
Seyahat		(SMM başına uçak/tren bileti ücretleri)		
		(Ulaşım yöntemi, bilet ücreti ve hizmet sınıfı veya ulaşım maliyetlerinin nasıl hesaplandığı ile ilgili ayrıntılı bilgi verin)		
Konaklama		(Gece sayısı X SMM başına maliyet/gece)		
		(Planlanan otelin adını ve kaç yıldızlı otel olduğunu veya konaklama maliyetlerinin nasıl hesaplandığını belirtin)		
Ara toplam "B"				
Talep edilen desteğin tanımı:				
Toplam Talep Edilen Tutar (Ara Toplam "A" + Ara Toplam "B"): Talep edilen tutar ilk olarak Astellas tarafından incelenecektir. Hibe talebinin onaylanması halinde burada talep edilen toplam tutarın tam olarak verileceğini garanti etmiyoruz.				(yerel para birimi cinsinden)
Başka kaynaklardan destek talep ettiniz mi? (aynı kişilerin bir etkinliğe katılımı için mükerrer finansman talebinde bulunmamanız gerektiğini lütfen unutmayın)			☐ Evet (lütfen ayrıntıları belirtin) ☐ Hayır	
Bu destek, hasta bakımının iyileştirilmesine/sürdürülmesine nasıl katkıda bulunacaktır? (Lütfen bu talebin hangi eğitim ihtiyacını veya açığı destekleyeceğine dair bilgi verin. Bu teklif söz				

Sağlık Kuruluşu Hibe Başvuru Formu

<i>konusu ihtiyacı nasıl karşılayacak? Hastalar bu destekten nasıl fayda sağlayacak?)</i>	
Sorumluluk Beyanı: Sağlanan bilgilerin tüm yasal amaçlar uyarınca doğru olduğunu ve bu bilgilerin güvenilirliğinin yanı sıra gerçekliğinden sorumlu olduğumu beyan ederim.	
Ad:	Tarih:
Unvan:	