

Formulaire de demande de subvention pour un HCO

Ce formulaire de demande de subvention destiné aux organismes de soins de santé (HCO) peut être utilisé par les entités éligibles sollicitant une subvention visant à soutenir la participation des professionnels de santé (HCP) à un congrès scientifique national ou international à vocation pédagogique, susceptible d'avoir un impact positif significatif sur les soins prodigués aux patients. Astellas applique une politique stricte qui consiste à ne pas solliciter de subventions, et n'accorde pas de subventions dans le but d'inciter ou de récompenser les prescriptions de produits Astellas.

Toutes les données recueillies dans ce formulaire ont pour seul et unique but de solliciter un soutien pédagogique de la part d'Astellas. Elles ne seront pas communiquées à des tiers et ne seront conservées qu'à cette fin spécifique.

SECTION 1 : DÉTAILS SUR L'ORGANISME DEMANDEUR

Nom du HCO :	
Adresse :	
Adresse e-mail :	URL du site web du HCO :
<p>Je confirme que mon organisme est du type suivant :</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital public Hôpital spécialisé, universitaire ou général financé par l'État</p> <p><input type="checkbox"/> Hôpital privé Remarque : en fonction de la région, Astellas peut être amenée à refuser les demandes de subventions émanant d'hôpitaux privés.</p>	<p>Combien de professionnels de santé sont employés dans votre hôpital ?</p> <p><input type="checkbox"/> Moins de 50 <input type="checkbox"/> Entre 50 et 100 <input type="checkbox"/> Entre 101 et 250</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 251 et 500 <input type="checkbox"/> Plus de 500</p>
<p><input type="checkbox"/> Société/association médicale Reconnu à l'échelle nationale et comprenant sa propre administration professionnelle et sa propre structure de gouvernance officielle. Par exemple, les collèges royaux, les associations de spécialistes, les institutions, les associations de professionnels de santé, les facultés et les programmes de bourses ayant une structure de gouvernance officielle en place</p>	<p>Veuillez confirmer si votre société/association :</p> <p><input type="checkbox"/> A une couverture nationale (ou plus large)</p> <p><input type="checkbox"/> Compte plus de 100 membres actifs</p> <p><input type="checkbox"/> A un secrétariat ou une personne similaire pour superviser ses membres/activités</p> <p><input type="checkbox"/> Tient des réunions avec ses membres chaque année</p> <p><input type="checkbox"/> N'a pas été constituée dans le but principal ou unique de recevoir/d'accorder des bourses d'études médicales</p>

Formulaire de demande de subvention pour un HCO

Remarque : Astellas **NE SOUTIENT** pas les centres de santé/de médecine générale, cliniques, associations et groupes professionnels non reconnus au niveau national et/ou détenus/dirigés par des HCP.

Je confirme ce qui suit concernant mon organisme :

- Mon organisme ni aucun de ses dirigeants ou administrateurs n'ont été accusés ou reconnus coupables dans le cadre d'une affaire de corruption, de fraude ou de blanchiment d'argent au cours des cinq (5) dernières années.
- Les fonds seront déposés sur un compte bancaire central soumis à une gouvernance/un processus d'audit interne appliqué par l'organisme selon les directives fiscales locales.
- Mon organisme a la capacité d'organiser et d'observer les exigences logistiques liées à ces demandes en s'appuyant sur son propre personnel administratif ou un tiers.

Quelle est la spécialité couverte par cette subvention ?

(Veuillez sélectionner UNE seule spécialité, à savoir la plus pertinente.)

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oncologie | <input type="checkbox"/> Néphrologie | <input type="checkbox"/> Immunologie (y compris la transplantation) |
| <input type="checkbox"/> Hématologie | <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Santé de la femme |

À propos de votre organisme : (Veuillez décrire brièvement votre organisme dans l'encadré ci-dessous, en exposant la raison pour laquelle il vous paraît éligible à la subvention pour un HCO.)

SECTION 2 : DÉTAILS DE L'ÉVÉNEMENT

Nom de l'événement :	Date et lieu de l'événement :
Site web du congrès ou de l'événement : <i>(information requise)</i>	
Programme/Détails de l'événement : <i>(Veuillez fournir ou joindre le programme/les détails de l'événement ou insérer l'URL pertinente de la page officielle du congrès.)</i>	

Formulaire de demande de subvention pour un HCO

<p>Évaluation des besoins : <i>(Veuillez fournir des détails sur le besoin auquel/la lacune à laquelle cette demande répond. L'activité médicale répond-elle à un besoin scientifique/médical important ? L'activité fera-t-elle progresser les connaissances scientifiques ou la pratique clinique ?)</i></p>	<p>Acquis de l'apprentissage : <i>(Veuillez fournir des détails sur la mesure des acquis d'apprentissage. Comment l'évolution des connaissances des professionnels de santé sera-t-elle mesurée ? Comment l'impact sur les soins prodigués aux patients sera-t-il mesuré ? Comment les connaissances seront-elles partagées ?)</i></p>
<p>Cet événement est-il accrédité par un organisme d'accréditation reconnu ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <i>(Veuillez fournir les coordonnées de l'organisateur accrédité.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Conference Vetting System (CVS) - e4ethics* : L'événement a-t-il reçu une évaluation positive sur e4ethics ? Cette évaluation est nécessaire afin qu'Astellas envisage de prendre en charge un événement. Rechercher des événements - Ethical MedTech EU</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <i>(Veuillez expliquer pourquoi.)</i></p>
<p><i>* Cette évaluation est requise pour les grandes réunions internationales qui se déroulent dans des pays concernés par le Code EFPIA et susceptibles d'attirer au moins 500 participants de plus de 5 pays. Les congrès entièrement virtuels, sans délégués en personne, ne sont pas concernés.</i></p>	

SECTION 3 : DÉTAILS DE LA DEMANDE DE SUBVENTION

<p>Date de prise d'effet de la subvention :</p>	<p>Nombre de professionnels de santé à soutenir (10 au maximum) : <i>(Sauf obligation légale locale, vous ne devez PAS divulguer le nom ou les coordonnées des professionnels de santé à Astellas.)</i></p>		
<p>Étendue du soutien financier demandé : <i>(Veuillez fournir une ventilation des coûts qui devraient être couverts par la subvention.)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Frais d'inscription : REMARQUE : pour les congrès internationaux, Astellas prend uniquement en charge le financement des frais d'inscription.</p>			
<p style="text-align: center;">Nombre de professionnels de santé <i>(10 au maximum)</i></p>	<p style="text-align: center;">Détails des frais d'inscription</p> <p><input type="checkbox"/> En personne / <input type="checkbox"/> Virtuel <input type="checkbox"/> Membre / <input type="checkbox"/> Non-membre <input type="checkbox"/> Préférentiel / <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Autres :</p>	<p style="text-align: center;">Coût dans la devise du lieu du congrès</p>	<p style="text-align: center;">Coût en devise locale</p>
<p>Sous-total « A »</p>			

Formulaire de demande de subvention pour un HCO

Déplacement et hébergement :

REMARQUE : des frais de déplacement et d'hébergement raisonnables peuvent être financés uniquement pour les professionnels de santé participant à des congrès nationaux/ seulement si le lieu du congrès international se trouve dans le pays d'exercice du ou des professionnels de santé.

Poste	Nombre de professionnels de santé <i>(10 au maximum)</i>	Détails	Coût en devise facturée	Coût en devise locale
Déplacement		<i>(frais de vol/train par professionnel de santé)</i>		
<i>(Fournissez des détails sur le mode de transport, le tarif et la classe de service ou le calcul des coûts de transport.)</i>				
Hébergement		<i>(Nombre de nuits X coût/nuit par professionnel de santé)</i>		
<i>(Indiquez le nom de l'hôtel prévu ou le calcul des frais d'hébergement, y compris le nombre d'étoiles.)</i>				
Sous-total « B »				

Description du soutien financier demandé :

Montant total demandé (Sous-total « A » + Sous-total « B ») :

Le montant demandé sera d'abord étudié par Astellas. En cas d'approbation de la demande de subvention, nous ne garantissons pas que la somme totale demandée sera octroyée.

(en devise locale)

Avez-vous demandé de l'aide à d'autres sources ?

(Veuillez noter que vous ne devez pas multiplier les demandes de prise en charge auprès d'autres sources pour les mêmes professionnels de santé pour un même événement.)

Oui *(Veuillez fournir des détails.)*

Non

Comment ce soutien devrait permettre d'améliorer les soins prodigués aux patients ou de les maintenir à un niveau acceptable ?

(Veuillez fournir des détails sur le besoin auquel/la lacune à laquelle cette demande répond. Comment cet apport comblera-t-il le besoin exprimé ? Dans quelle mesure les patients pourraient-ils être positivement impactés par ce soutien ?)

Déclaration de responsabilité :

Je déclare à toutes fins légales que les informations fournies sont exactes et que je me porte responsable de leur authenticité et véracité.

Nom :

Date :

Fonction :