# ****Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ASTELLAS ΚΑΙ ΤΑ ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ****

## Αιτήματα υποστήριξης θα λαμβάνονται υπόψιν μόνο εφόσον πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια:

|  |
| --- |
| 1. Δυνατότητα αύξησης της ιατρικής/κλινικής γνώσης του επαγγελματία υγείας (ΕΥ) και πιθανής θετικής επίπτωσης στην ποιότητα της φροντίδας ασθενών. |
| 1. Προσφέρει μία ευκαιρία για ιατρική εκπαίδευση, η οποία διαφορετικά δεν θα ήταν διαθέσιμη στον ΕΥ λόγω κόστους, ταξιδιωτικών ή άλλων οικονομικών περιορισμών. |
| 1. Η φήμη και η θέση του ΕΥ στην επιστημονική ή ιατρική κοινότητα είναι λογικά σχετιζόμενες με το επίπεδο της εκδήλωσης για την οποία ζητείται η υποστήριξη. |
| 1. Η ειδικότητα του ΕΥ, η εξειδίκευση, γνώση, εμπειρία και ο τομέας του επιστημονικού ή ιατρικού ενδιαφέροντός του έχουν άμεση σχέση με τον σκοπό, τη θεματολογία και το πρόγραμμα της εκδήλωσης. |
| 1. Η ταξιδιωτική απόσταση του ΕΥ από την γεωγραφική τοποθεσία της συγκεκριμένης εκδήλωσης για την οποία ζητείται η υποστήριξη μεμονωμένου ΕΥ είναι εύλογη ενόψει της θεματολογίας και του προγράμματος της εκδήλωσης και των άλλων διαθέσιμων περιοχών με βάση τα προσόντα, την εκπαίδευση και τα ενδιαφέροντα του ΕΥ. |
| 1. Ο ΕΥ πρέπει να είναι σε θέση να κατανοεί τη γλώσσα που χρησιμοποιείται στην εκδήλωση (π.χ. αγγλικά ή άλλη τοπική γλώσσα). 2. Ο ΕΥ δεν έχει λάβει συχνή ή/και επαναλαμβανόμενη υποστήριξη από την Astellas σύμφωνα με την τοπική διαδικασία. 3. Ο ΕΥ δεσμεύεται να κοινοποιεί / να μεταφέρει τις γνώσεις που θα αποκομίσει από την επιστημονική συνάντηση στην ιατρική κοινότητα της οποίας είναι μέλος. |

**ΠΡΙΝ ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ, ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΤΕ ΤΑ ΕΞΗΣ:**

**Αν όλα τα ανωτέρω κριτήρια δεν πληρούνται, το αίτημά σας δεν θα ληφθεί υπόψιν. Σας παρακαλούμε να μην υποβάλετε ένα αίτημα αν πιστεύετε ότι δεν πληρούνται όλα τα ανωτέρω κριτήρια.**

# εκτοσ πεδιου εφαρμογησ

Αιτήματα που σχετίζονται με:

* Εταιρικές χορηγίες μιας συνάντησης/εκδήλωσης/συνεδρίου, που δεν αφορούν σε μεμονωμένο ΕΥ.
* Ιατρικές/Εκπαιδευτικές Επιχορηγήσεις ή Δωρεές.
* Φιλανθρωπικές Δωρεές σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που δεν είναι Επιστημονικοί Υγειονομικοί Φορείς ή Ενώσεις Ασθενών.

# διαδικασια υποβολησ αιτηματοσ

Αφού έχετε διαβάσει τα ανωτέρω και επιθυμείτε να υποβάλετε ένα αίτημα, παρακαλούμε όπως ακολουθήσετε τα εξής βήματα:

1. Συμπληρώστε προσεκτικά και με όσο πιο λεπτομερή τρόπο μπορείτε τους πίνακες IV και V κατωτέρω.
2. Σημειώστε ότι στους πίνακες IV και V μπορείτε να συμπληρώσετε ηλεκτρονικά μόνο τα πεδία όπου απαιτούνται στοιχεία από την πλευρά σας είτε προσθέτοντας κείμενο σε κάθε σχετικό πεδίο (π.χ. το όνομά σας) είτε κάνοντας κλικ στο σχετικό κουτί που παρατίθεται παραπλεύρως κάποιας επιλογής που σας ζητείται (π.χ. κλικάρετε με τον κέρσορα το κουτί δίπλα στο ΝΑΙ αν είσαστε ειδικευόμενος κ.ο.κ.)
3. Συμπληρώστε το ονοματεπώνυμο και την ημερομηνία στο τέλος του εντύπου.
4. Προσοχή: **μην συμπληρώνετε τον Πίνακα VI**, ο οποίος θα συμπληρωθεί από το προσωπικό του Ιατρικού Τμήματος της Astellas.
5. Στείλτε το παρόν, μέσω email, στην Astellas στην εξής διεύθυνση: [gr.hcp@astellas.com](mailto:gr.hcp@astellas.com).

**ΠΡΙΝ ΥΠΟΒΑΛΕΤΕ ΤΟ ΑΙΤΗΜΑ, ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΟΠΩΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΤΕ ΤΑ ΕΞΗΣ:**

* Η παροχή οποιασδήποτε υποστήριξης εκ μέρους της Astellas γίνεται πάντοτε και μόνο υπό την προϋπόθεση της μεταγενέστερης επικοινωνίας σας με την Astellas, από την οποία και θα σας ζητηθεί η παροχή εγγράφων και λοιπών στοιχείων που θα αποδεικνύουν τη χρήση της υποστήριξης κατά τρόπο σύμφωνο με την υπογραφείσα συμφωνία. Υποστήριξη που δεν χρησιμοποιήθηκε σύμφωνα με την υπογεγραμμένη συμφωνία θα αποσύρεται άμεσα.
* Η υποβολή του αιτήματος γίνεται αυτόκλητα εκ μέρους σας και δεν συνεπάγεται ασφαλώς τη δημιουργία οποιασδήποτε υποχρέωσης της Astellas για την αποδοχή του ή περαιτέρω επεξεργασία του. Η αποδοχή ή απόρριψη του αιτήματός σας εξαρτάται όχι μόνο από την συνδρομή των ως άνω κριτηρίων αλλά και από άλλους πρακτικούς παράγοντες και περιορισμούς όπως ενδεικτικά το διαθέσιμο προϋπολογισμό της εταιρίας, τον αριθμό των διαθέσιμων θέσεων για μια εκδήλωση, τους περιορισμούς από την εφαρμοστέα νομοθεσία και τον Κώδικα ΣΦΕΕ ως προς τον αριθμό επαγγελματιών υγείας που μπορούν να υποστηριχτούν από μια φαρμακευτική εταιρία ανά τύπο εκδήλωσης, τη θεραπευτική κατηγορία στην οποία εντάσσεται μια συγκεκριμένη εκδήλωση κ.ο.κ.. Η διαδικασία της αποδοχής ή απόρριψης ενός αιτήματος γίνεται κατά τη διακριτική ευχέρεια του Ιατρικού Τμήματος της εταιρίας, η οποία δεν υποχρεούται να παραθέσει καθ’ οιονδήποτε τρόπο τους λόγους και τις αιτίες έγκρισης ή απόρριψης αντιστοίχως. Η εταιρία διατηρεί το δικαίωμα όπως διακόψει ή αναστείλει κάθε περαιτέρω επεξεργασία για το σύνολο ή μέρος των αιτημάτων που λαμβάνει άνευ περαιτέρω ενημέρωσης ή άλλης διαδικασίας.
* Κάθε εγκεκριμένη υποστήριξη προς το πρόσωπό σας θα δημοσιοποιείται σε συμμόρφωση με τις τοπικές και διεθνείς απαιτήσεις για τη δημοσιοποίηση παροχών αξίας προς Επαγγελματίες Υγείας, στην ιστοσελίδα της εταιρίας και στην ιστοσελίδα της αρμόδιας ρυθμιστικής αρχής, σύμφωνα με το έντυπο συγκατάθεσης που έχετε χωριστά συμπληρώσει και σύμφωνα με την εφαρμοστέα νομοθεσία και τους ισχύοντες κώδικες δημοσιοποίησης του κλάδου.
* Η ASTELLAS PHARMACEUTICALS ΑΕΒΕ (η Astellas), ως υπεύθυνος επεξεργασίας, θα τηρεί τις διατάξεις της εφαρμοστέας ενωσιακής και εθνικής νομοθεσίας περί προσωπικών δεδομένων. Στα πλαίσια της αίτησης υποστήριξής σας αυτής θα παρέχετε στην Astellas προσωπικά δεδομένα (όπως κατωτέρω ζητούνται) αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες της επεξεργασίας του αιτήματός σας για την παροχή υποστήριξης συμμετοχής σας σε κάποια εκπαιδευτική εκδήλωση (διαμονή, εγγραφές, σίτιση, μετακινήσεις, κλπ.). Αυτά τα προσωπικά δεδομένα μπορεί να διαβιβαστούν σε ή/και να τύχουν επεξεργασίας από: (α) την εταιρία μας και τις συνδεδεμένες με αυτήν επιχειρήσεις, (β) τρίτα μέρη με τα οποία μπορεί να συμβληθεί η εταιρία για την υποστήριξη συμμετοχής σας (όπως ενδεικτικά, οργανωτές συνεδρίων, ταξιδιωτικά πρακτορεία, ξενοδοχεία, αεροπορικές εταιρίες, κλπ.) που μπορεί να βρίσκονται εντός ή και εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (γ) κάθε αρμόδια ρυθμιστική αρχή (όπως ενδεικτικά ο ΕΟΦ). Αναλυτικά μπορείτε να διαβάσετε την πλήρη και αναλυτική Δήλωση Ιδιωτικότητας της εταιρίας μας που αναφέρεται στην ανωτέρω επεξεργασία προσωπικών δεδομένων σας, καθώς και στα δικαιώματά σας, στην ιστοσελίδα της εταιρίας μας και [εδώ](http://www.astellas.gr/media/cms_page_media/19/Astellas_privacy_statement_1.pdf).
* Αν το αίτημά σας γίνει δεκτό, θα πρέπει μετά το πέρας της συγκεκριμένης εκδήλωσης να μας αποστείλετε το σχετικό πιστοποιητικό παρακολούθησης.

# στοχεια επικοινωνιαΣ

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα: Συμπληρώστε εδώ | Επίθετο: Συμπληρώστε εδώ |
| Ειδικότητα: Συμπληρώστε εδώ | Ειδικευόμενος τελευταίου/προτελευταίου έτους (ή με ερευνητική εργασία)/Εξειδικευόμενος: Ναι  Όχι |
| ΑΜΚΑ: Συμπληρώστε εδώ | |
| Περιοχή (-ες) εξειδίκευσης/επιστημονικού ενδιαφέροντος: Συμπληρώστε εδώ | |
| Συνοπτικές πληροφορίες ιατρικής εκπαίδευσής σας (π.χ. συνοπτική αναφορά σε πτυχία ή και δημοσιεύσεις, κλπ.) που σχετίζονται με τη θεματολογία του συνεδρίου/εκπαιδευτικής εκδήλωσης\*: | Συμπληρώστε εδώ |
| Συνοπτικές πληροφορίες ιατρικής εμπειρίας / προϋπηρεσίας σας που σχετίζονται με τη θεματολογία του συνεδρίου/εκπαιδευτικής εκδήλωσης\*: | Συμπληρώστε εδώ |
| Εργοδότης (όπου εφαρμόζεται): Συμπληρώστε εδώ | |
| Επαγγελματική διεύθυνση (οδός, αριθμός, ΤΚ, πόλη): Συμπληρώστε εδώ | |
| Ηλεκτρονική διεύθυνση (email): Συμπληρώστε εδώ | |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας: Συμπληρώστε εδώ | |

\* Αν προτιμάτε, μπορείτε εναλλακτικά να αποστείλετε ένα σύντομο βιογραφικό. Σε αυτή την περίπτωση, παρακαλούμε το βιογραφικό σας να περιοριστεί στην παράθεση μόνο των στοιχείων εκείνων που αναφέρονται στην ιατρική εκπαίδευση/εμπειρία/προϋπηρεσία σας και σχετίζονται με τη θεματολογία του συνεδρίου/εκπαιδευτικής εκδήλωσης.

# λεπτομερειεσ αιτηματοσ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ημερομηνία εκπαιδευτικής συνάντησης/συνεδρίου: Συμπληρώστε εδώ | | | | |
| Τίτλος και περιγραφή εκπαιδευτικής συνάντησης/συνεδρίου: | | | Συμπληρώστε εδώ | |
| Στόχοι εκπαιδευτικής συνάντησης/συνεδρίου: | | | Συμπληρώστε εδώ | |
| Πληροφορίες επί του προγράμματος της εκπαιδευτικής συνάντησης/συνεδρίου (αν υπάρχει, σημειώστε το website link με το πρόγραμμα): | | | Συμπληρώστε εδώ | |
| Είδος αιτούμενης υποστήριξης: | Κόστος εγγραφής:  ΝΑΙ  ΟΧΙ | Μετακίνηση:  ΝΑΙ  ΟΧΙ | Διατροφή  ΝΑΙ  ΟΧΙ | Διαμονή:  ΝΑΙ  ΟΧΙ |
| Αν ζητάτε επιπρόσθετη υποστήριξη (π.χ. συμμετοχή σε workshop εντός θεραπευτικών κατηγοριών της Astellas με επιπρόσθετο κόστος ή διαδικασία εγγραφής), παρακαλούμε όπως παρέχετε λεπτομέρειες: | | | Συμπληρώστε εδώ | |
| Κάθε επιπρόσθετη πληροφορία που σχετίζεται με το αίτημα (π.χ. αν συμμετέχετε με ομιλία/poster στην συγκεκριμένη εκδήλωση και ζητάτε εξαίρεση από τους περιορισμούς της εγκυκλίου του ΕΟΦ, κλπ.): | | | Συμπληρώστε εδώ | |
| Θα λάβετε υποστήριξη από άλλη εταιρία σε σχέση με αυτό το αίτημά σας; Αν ναι, παρακαλούμε όπως παρέχετε λεπτομέρειες: | | | Συμπληρώστε εδώ | |
| Αριθμός επιστημονικών εκδηλώσεων που έχετε λάβει υποστήριξη από οποιαδήποτε φαρμακευτική εταιρία κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο: | | | Εσωτερικού: Συμπληρώστε εδώ | Εξωτερικού: Συμπληρώστε εδώ |
| Έχετε μεριμνήσει για τη λήψη εκπαιδευτικής άδειας και σχετικής έγκρισης από τον φορέα εργασίας σας; (όπου απαιτείται) | | | |  |
| Αν πρόκειται για συνέδριο στο εξωτερικό, επιβεβαιώστε ότι γνωρίζετε τη γλώσσα της χώρας διοργάνωσης: | | | |  |

# ελεγχοσ και εγκριση (συμπληρωνεται από το προσωπικο της Astellas)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Αριθμός αιτήματος:** Συμπληρώστε εδώ | | | | **Πληρούνται τα κριτήρια υπ’ αριθμό 1-8 ανωτέρω;** | | | | | |
| Ναι: | | | Όχι : | | |
| **Ημερομηνία Ελέγχου:** Συμπληρώστε εδώ | **Αποτέλεσμα ελέγχου:** | | | | | | | | |
| **Εγκρίνεται:** | | **Εγκρίνεται υπό προϋποθέσεις (προσδιορίστε κατωτέρω):** | | | **Περισσότερες πληροφορίες χρειάζονται (προσδιορίστε κατωτέρω):** | | | **Απορρίπτεται (προσδιορίστε κατωτέρω):** |
| **Σχόλια:** Συμπληρώστε εδώ | | | | | | | | | |
| **Υπογραφή** | | | | | | | | | |
| **Όνομα:** Συμπληρώστε εδώ | | **Επίθετο:** Συμπληρώστε εδώ | | | **Υπογραφή:** | | | **Ημερομηνία:** Συμπληρώστε εδώ | |