***Az Egészségügyi szervezetek támogatáskérő űrlapját a jogosult egészségügyi szervezetek használhatják arra, hogy támogatási kérést nyújtsanak be az egészségügyi szakemberek nemzeti vagy nemzetközi tudományos kongresszusokon való részvételének támogatására, amelynek célja segíteni az egészségügyi szakembereknek olyan képzéshez jutni, amely jelentős és pozitív hatást gyakorol a betegellátásra. Az Astellas szigorú irányelveinek megfelelően nem kér és nem nyújt támogatást az Astellas termékek felírásának ösztönzésére vagy jutalmazására.***

***Az ezen űrlapon gyűjtött valamennyi adat egyedül és kizárólag az Astellas képzési támogatásának igénylésére szolgál. Az adatokat nem osztjuk meg harmadik féllel, és csak erre a meghatározott célra tároljuk őket.***

1. **TÁMOGATÁSKÉRŐ ADATAI**

| **Kérelmező szervezet adatai** | | |
| --- | --- | --- |
| Egészségügyi szervezet neve: | | |
| Cím: | | |
| E-mail-cím: | Webhely: | |
| Meg tudja erősíteni, hogy szervezete az alábbiak valamelyike?   1. **Állami vagy közkórház**   Állami finanszírozású oktató, szakorvosi vagy általános kórház  **VAGY**   1. **Magánkórház**   Kérjük, vegye figyelembe, hogy az országtól/régiótól függően előfordulhat, hogy nem támogatjuk a magánkórházak kéréseit.  **VAGY**   1. **Orvosi társaságok vagy egyesületek**   Országosan elismert, saját szakmai igazgatással és hivatalos irányítási struktúrával. Például királyi kollégiumok, területspecifikus terápiás társaságok, intézmények, egyesületek, karok és társulások, amelyek hivatalos irányítási struktúrával rendelkeznek.   1. **Egyéb (**pl. egyetem, kutatócsoport) | | Megerősítem, hogy szervezetem (kérjük, jelölje meg a megfelelőt):  1. Állami vagy közkórház  2. Magánkórház  3. Orvosi társaság/egyesület  4. Egyéb – kérjük, írja le: |
| Meg tudja erősíteni, hogy szervezete **NEM** az alábbiak valamelyike?   * Egészségügyi központ/általános orvosi rendelő * Nem országosan elismert és/vagy egészségügyi szakember tulajdonában lévő vagy által vezetett egyesület vagy szakmai csoport | | Megerősítem, hogy szervezetem **NEM** tartozik ezekbe a csoportokba |
| Vádolták vagy elítélték-e az elmúlt öt (5) évben a szervezetét, illetve a szervezet bármely tisztségviselőjét vagy igazgatóját vesztegetéssel, korrupcióval, csalással vagy pénzmosással kapcsolatos ügyben? | | Megerősítem, hogy szervezetemet NEM vádolták meg vagy ítélték el a felsorolt ügyek egyikében sem. |
| Meg tudja erősíteni, hogy a támogatás összegét egy olyan központi bankszámlán tudják fogadni, amely a szervezet által a helyi adózási követelményekkel összhangban alkalmazott belső könyvvizsgálati irányítás/folyamat hatálya alá tartozik? | | Megerősítem |
| **Kórházak**: Kérjük, erősítse meg szervezete méretét – hány egészségügyi szakembert foglalkoztat a kórháza? Kérjük, válasszon egy lehetőséget:  <50  50–100  101–250  >251–500  >500  Nem alkalmazandó – a szervezet nem kórház | | |
| **Orvosi társaságok vagy egyesületek:** Kérjük, erősítse meg a következőket:  Társasága/egyesülete országos (vagy szélesebb) lefedettséggel rendelkezik  Társaságának/egyesületének több mint 100 aktív tagja van  Társasága/egyesülete rendelkezik titkársággal vagy olyan személlyel, aki felügyeli a tagságot/tevékenységeket  Társasága/egyesülete minden évben tart találkozókat tagjai számára  Társaságát/egyesületét nem azzal az elsődleges vagy kizárólagos céllal hozták létre, hogy orvosi képzési támogatásokat kapjon vagy folyósítson  Nem alkalmazandó – a szervezet nem orvosi társaság vagy egyesület  **Megjegyzések:** | | |
| Milyen orvosi képzési témákra terjed ki ez a támogatás? | | Onkológia  Hematológia  Nefrológia  Urológia  Immunológia (beleértve a transzplantációt is)  Női egészség |
| Meg tudja erősíteni, hogy az egészségügyi szervezet rendelkezik a jelen kérelemhez kapcsolódó logisztikai követelmények megszervezéséhez és végrehajtásához szükséges kapacitással akár saját adminisztrációs személyzete, akár egy harmadik fél révén? | | Megerősítem, hogy a szervezet rendelkezik a szükséges logisztikai kapacitással |
| **A szervezetről:** (Kérjük, mutassa be röviden a szervezetét és azt, hogy miért gondolja, hogy érdemes az orvosi képzési támogatásra): | | |

1. **Az esemény részletei**

|  |  |
| --- | --- |
| **Melyik eseményen való részvétel támogatását kéri?** |  |
| **Esemény dátuma és helye:** |  |
| **Napirend/esemény részletei:** | Kérjük, adja meg vagy csatolja a napirendet/részleteket. |
| **Konferenciaátvilágítási rendszer (Conference Vetting System, CVS) – e4ethics:**  Az eseményt az e4ethics pozitívan értékelte? Ez szükséges ahhoz, hogy az Astellas fontolóra vegye az esemény támogatását.  <https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/objective/>  MEGJEGYZÉS: Ezt az értékelést az EFPIA kódex hatálya alá tartozó országokban megrendezett olyan nagy nemzetközi találkozók esetében kell elvégezni, amelyek várhatóan összesen legalább 500 résztvevőt vonzanak több mint 5 országból. A teljes mértékben virtuálisan, személyesen megjelent küldöttek nélkül tartott kongresszusok nem támogathatók. | Igen  Nem  Nem alkalmazandó. Kérjük, indokolja meg, miért: |
| **Esemény akkreditációja**  Akkreditálta az eseményt egy elismert akkreditációs testület? | Megerősítem, hogy az eseményt akkreditálták. Kérjük, adja meg az akkreditálásszolgáltató adatait: |
| **Igények felmérése:**  Milyen képzési igényt vagy hiányosságot támogat ez a kérelem? A tevékenység fontos tudományos/orvosi igényt elégít ki? Előmozdítja a tudományos ismereteket vagy a klinikai gyakorlatot? | Kérjük, adja meg a részleteket: |
| **Képzés eredményei:**  Hogyan mérik a képzés eredményét? Hogyan mérik az egészségügyi szakemberek ismereteinek változását? Hogyan mérik a betegellátásra gyakorolt hatást? Hogyan osztják meg a tudást? | Kérjük, adja meg a részleteket: |

1. **Támogatáskérés adatai**

|  |  |
| --- | --- |
| **Támogatás megérkezésének kívánt határideje:** |  |
| **Támogatni kívánt egészségügyi szakemberek száma:** (legfeljebb 10) |  |
| **A kért támogatás leírása:** |  |
| **A támogatás költségeinek lebontása:**  Adja meg azoknak a tételeknek a költség szerinti lebontását, amelyeket a támogatásból fognak finanszírozni | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Tétel** | **Egészségügyi szakemberek száma**  Megjegyzés: legfeljebb 10 | **Költség** | | Regisztráció |  |  | | Utazás (pl. repülőjegy) |  |  | | Szállás |  |  | |  |  | **Összesen\*:** |   \*A fentiek fedezésére szánt teljes összeg. A kért összeget először az Astellas elemzi. Ha jóvá is hagyjuk a kérést, nem garantáljuk, hogy a teljes kért összeget meg fogja kapni. |
| **Kért támogatást más forrásokból?** | Ha igen, adja meg a részleteket: |
| **Részletek azzal kapcsolatban, hogy a támogatás hogyan fogja fejleszteni/szinten tartani a betegellátást** | **Ebben a szakaszban adja meg a következőkkel kapcsolatos információkat:**  Milyen képzési igényt vagy hiányosságot támogat ez a kérelem? Hogyan fogja kielégíteni ezt az igényt a támogatás? Milyen hatással lesz a betegekre a támogatás? |
| **Felelősségi nyilatkozat** | Minden jogterületre kiterjedően kijelentem, hogy a megadott információk megfelelnek a valóságnak, és felelősséget vállalok a hitelességükért és valódiságukért.  Név:  Beosztás:  Dátum: |