***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 państwowyFinansowany przez rząd szpital kliniczny, specjalistyczny lub ogólny ☐ Szpital prywatnyUwaga: 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 medyczneUznane 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 |
| Uwaga: Firma Astellas **nie** udziela wsparcia ośrodkom zdrowia, przychodniom lekarskim/prywatnym klinikom, stowarzyszeniom i grupom zawodowym nieuznawanym 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 ☐ Hematologia | ☐ Nefrologia☐ Urologia | ☐ Immunologia (w tym transplantologia) ☐ 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:** *(proszę podać lub dołączyć program/szczegółowe informacje lub wstawić odpowiedni adres URL oficjalnej strony kongresu)*           |

|  |  |
| --- | --- |
| **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](https://www.ethicalmedtech.eu/e4ethics/search-events/)☐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)* |
| ☐ | **Opłaty 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”** |       |

 |
| ☐ | **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:**        |

 |