***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 państwowy  Finansowany przez rząd szpital kliniczny, specjalistyczny lub ogólny  ☐ Szpital prywatny  Uwaga: 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 medyczne  Uznane 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:** | | | |