***Acest Formular de cerere de finanțare pentru organizația medicală poate fi utilizat de către organizațiile medicale calificate pentru a depune o cerere de finanțare pentru a sprijini participarea profesioniștilor din domeniul sănătății la un congres științific național sau internațional care să permită accesul profesioniștilor din domeniul sănătății la educație care are un impact semnificativ și pozitiv asupra îngrijirii pacienților. Astellas menține o politică strictă de a nu solicita subvenții și nu oferă subvenții în scopul inducerii sau recompensării prescripțiilor pentru produsele Astellas.***

***Toate datele colectate în acest formular au scopul unic și exclusiv de a solicita sprijin educațional de la Astellas. Datele nu vor fi partajate cu terți și vor fi stocate numai în acest scop specific.***

1. **DETALII ALE SOLICITANTULUI SUBVENȚIEI**

| **Detalii ale organizației solicitante** | | |
| --- | --- | --- |
| Numele organizației medicale: | | |
| Adresă: | | |
| Adresă de e-mail: | Site web: | |
| Puteți confirma că organizația dumneavoastră este una dintre următoarele?   1. **Spital guvernamental sau public**   Spital universitar, de specialitate sau general finanțat de guvern  **SAU**   1. **Spital privat**   Vă rugăm să rețineți – este posibil să nu acceptăm solicitările din partea spitalelor private – în funcție de țara/regiunea dumneavoastră.  **SAU**   1. **Societăți sau asociații medicale**   Recunoscute la nivel național, cu propria administrație profesională și o structură oficială de guvernanță. De exemplu, colegii regale, societăți în arii terapeutice specifice, instituții, asociații, facultăți și burse cu o structură de guvernanță formală   1. **Altele (**de exemplu, universitate, grup de cercetare) | | Confirm că organizațiile mele sunt (bifați varianta care se aplică):  1. Spital guvernamental/public  2. Spital privat  3. Societate/asociație medicală  4. Altele – vă rugăm să descrieți: |
| Puteți confirma că organizația dumneavoastră este **NU** este una dintre următoarele?   * Centru de sănătate/medicină generală * Recunoscute la nivel național și/sau asociații și grupuri profesionale deținute/administrate de profesioniști din domeniul sănătății | | Confirm că organizația mea **NU** este unul dintre aceste grupuri |
| Organizația dumneavoastră sau oricare dintre ofițerii sau directorii săi au fost acuzați sau condamnați pentru orice chestiune legată de luare de mită, corupție, fraudă sau spălare de bani în ultimii cinci (5) ani | | Confirm că organizația mea NU a fost acuzată sau condamnată pentru niciuna dintre chestiunile enumerate |
| Puteți confirma faptul că fondurile vor intra într-un cont bancar central supus procesului de audit intern/procesului aplicat de organizație în conformitate cu cerințele fiscale locale? | | Confirm |
| **Spitale**: Vă rugăm să confirmați dimensiunea organizației dumneavoastră – câți profesioniști din domeniul sănătății sunt angajați la spital. Vă rugăm să selectați o opțiune:  <50  50 – 100  101 – 250  >251 – 500  >500  Nu se aplică – organizația nu este un spital | | |
| **Societăți sau asociații medicale:** Vă rugăm să confirmați următoarele:  Societatea/asociația dumneavoastră are acoperire națională (sau mai largă)  Societatea/asociația dumneavoastră are mai mult de 100 de membri activi  Societatea/asociația dumneavoastră are un secretariat sau o persoană similară care să supravegheze calitatea de membru/activitățile  Societatea/asociația dumneavoastră organizează întâlniri în fiecare an pentru membrii săi  Societatea/asociația dumneavoastră nu este înființată în scopul principal sau unic al primirii/plății de subvenții pentru educație medicală  Nu se aplică – organizația nu este o societate sau o asociație medicală  **Comentarii:** | | |
| Ce subiecte educaționale medicale va acoperi această subvenție? | | Oncologie  Hematologie  Nefrologie  Urologie  Imunologie (inclusiv transplant)  Sănătatea femeii |
| Puteți confirma faptul că organizația medicală are capacitatea de a organiza și executa cerințele logistice ale acestor cereri prin intermediul propriului personal administrativ sau al unei terțe părți? | | Confirm că organizația are capacitatea logistică necesară |
| **Despre organizația dumneavoastră:** (Vă rugăm să includeți o scurtă descriere a organizației dumneavoastră și de ce credeți că este un candidat bun pentru o subvenție medicală în spațiul oferit mai jos): | | |

1. **Detalii despre eveniment**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pentru ce eveniment solicitați sprijin pentru participarea profesioniștilor din domeniul sănătății?** |  |
| **Data și locația evenimentului:** |  |
| **Agenda/detaliile evenimentului:** | Vă rugăm să furnizați sau să anexați agenda/detaliile. |
| **Sistem de verificare a conferinței (CVS) – e4ethics:**  Evenimentul a primit o evaluare pozitivă pe e4ethics? Acest lucru este necesar pentru ca Astellas să ia în considerare sprijinul pentru un eveniment eligibil.  <https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/objective/>  NOTĂ: Această evaluare este necesară pentru reuniunile internaționale majore care au loc în țări care intră în sfera de aplicare a Codului EFPIA și se așteaptă să atragă în total cel puțin 500 de participanți din mai mult de 5 țări. Congresele care sunt în întregime virtuale, fără delegați în persoană, nu intră în domeniul de aplicare. | Da  Nu  Nu este cazul. Vă rugăm să explicați de ce: |
| **Acreditarea evenimentului**  Acest eveniment este acreditat de un organism de acreditare recunoscut? | Confirm că evenimentul este acreditat. Vă rugăm să furnizați detaliile furnizorului acreditat: |
| **Necesită evaluare:**  Ce necesitate sau decalaj educațional susține această cerere? Activitatea medicală răspunde unei nevoi științifice/medicale importante? Activitatea va avansa cunoștințele științifice sau practica clinică? | Vă rugăm să furnizați detalii: |
| **Rezultate educaționale:**  Cum vor fi măsurate rezultatele educaționale? Cum se va măsura schimbarea cunoștințelor profesioniștilor din domeniul sănătății? Cum se va măsura impactul asupra îngrijirii pacienților? Cum vor fi împărtășite cunoștințele? | Vă rugăm să furnizați detalii: |

1. **DETALII ALE SOLICITANTULUI SUBVENȚIEI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Subvenția este necesară până la data:** |  |
| **Numărul de profesioniști din domeniul sănătății pe care intenționați să-i susțineți:** (maxim 10) |  |
| **Descrierea sprijinului solicitat:** |  |
| **Defalcarea costurilor pentru subvenție:**  Furnizați o defalcare a costurilor pentru elementele pentru care se va acorda finanțarea prin subvenție | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Element** | **Numărul de profesioniști din domeniul sănătății**  Notă: Maxim = 10 | **Cost** | | Înregistrare |  |  | | Deplasare (de exemplu, zbor) |  |  | | Cazare |  |  | |  |  | **Total\*:** |   \*Suma totală destinată acoperirii celor de mai sus. Suma solicitată va fi analizată mai întâi de Astellas. Dacă se aprobă, nu garantăm că suma solicitată aici va fi acordată în totalitate |
| **Ați solicitat asistență din alte surse?** | Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii: |
| **Detalii despre modul în care va fi sprijinulva îmbunătăți/menține îngrijirea pacienților** | **Această secțiune ar trebui să conțină informații despre:**  Ce necesitate sau decalaj educațional susține această cerere? Cum va satisface această propunere respectiva necesitate? Cum vor fi pacienții afectați pozitiv de acest sprijin? |
| **Declarația de responsabilitate** | Declar în toate scopurile legale că informațiile furnizate sunt adevărate și sunt responsabil(ă) pentru autenticitatea și veridicitatea acestora.  Numele:  Titulatura:  Data: |