|  |
| --- |
| ***Zastrzeżenie****Formularz został przygotowany jako przykładowy, sugerowany wzór. Korzystanie z Formularza odbywa się według wyłącznego uznania i na odpowiedzialność użytkowników – w szczególności w każdym przypadku należy upewnić się, że dana interakcja spełnia wymogi Kodeksu Etycznych Praktyk Biznesowych Izby POLMED.* |

Formularz wniosku o Grant:

Grant edukacyjny – Wydarzenia edukacyjne organizowane

przez podmiot trzeci

[Nazwa przedsiębiorcy] (dalej jako: „Firma”) stosuje się do Kodeksu etycznych praktyk biznesowych Izby POLMED, który określa ścisłe, jasne i przejrzyste zasady dotyczące związków naszej branży z pracownikami służby zdrowia (HCP) i organizacjami ochrony zdrowia (HCO), w tym zasady dot. udzielania wsparcia dla niezależnej edukacji medycznej za pośrednictwem Grantów. Aby uzyskać więcej informacji na temat Kodeksu Etyki Izby POLMED, skieruj się tutaj: <https://polmed.org.pl/etyka/dokumenty-do-pobrania/>

|  |
| --- |
|  **Instrukcje – Proszę przeczytać przed wypełnieniem formularza*** Wnioski o Grant należy składać co najmniej na [xx] dni przed pierwszym wydarzeniem/działaniem, wraz z odpowiednią dokumentacją. Każda aplikacja złożona po tym terminie zostanie odrzucona.
* Należy pamiętać, że nie ma gwarancji, iż wszystkie wnioskowane kwoty zostaną przyznane. Firma może odrzucić, zatwierdzić w całości lub zatwierdzić niższą kwotę według własnego uznania.
* Wypełniony i podpisany Formularz zawierający wszystkie wymagane dokumenty należy przesłać pocztą elektroniczną na adres e-mail: [xx]
 |

|  |
| --- |
| **1. Informacje o wnioskodawcy** |
| Pełna nazwa |  |
| Struktura operacyjna /Forma prawna |  |
| NIP |  |
| Adres |  |
| Cel organizacji(proszę podać opis celów edukacyjnych / naukowych organizacji, dziedzinę działalności, ważne projekty) |  |
| Strona internetowa |  |
| Szef organizacji  | Imię i nazwisko:Stanowisko: |
| Osoba kontaktowa składająca wniosek | Imię I nazwisko:Stanowisko:Numer Telefonu:Adres: |
| **2. Szczegóły dot. wnioskowanego grantu**  |
| Rodzaj Grantu*(proszę zaznaczyć odpowiednie pole)* | ☐ Wsparcie uczestnictwa HCP w Wydarzeniu edukacyjnym organizowanymprzez podmiot trzeci (dalej jako: “Wydarzenie Edukacyjne”)☐ Wsparcie dla Wydarzenia Edukacyjnego  |
| Obszary terapeutyczne lub diagnostyczne |  |
| Kraj (kraje), dla którego przeznaczony jest Grant |  |
| Proszę podać szczegółowy opis wykorzystania Grantu (np. liczba wspieranych HCP, średnia kwota proponowana dla jednego HCP na potrzeby lotów [w PLN], średnia kwota proponowana na HCP za opłaty rejestracyjne [w PLN] itd.)* Wymagana dokumentacja potwierdzająca: przegląd budżetu

*Uwaga:* *Zasadniczo Grant może pokrywać jedynie koszty związane z organizacją Wydarzenia Edukacyjnego (np. wynajem lokalu, w którym odbywa się wydarzenie) lub koszty rejestracji, podróży i zakwaterowania uczestniczących HCP. Grant nie zostanie przyznany na pokrycie kosztów związanych z organizacją wydarzeń rozrywkowych lub zaproszeniem małżonków lub partnerów HCP. Ponadto nie zostaną przyznane żadne fundusze na pokrycie zwykłych kosztów operacyjnych lub bieżących kosztów organizacji i innych kosztów niezwiązanych bezpośrednio z edukacją* |  |
| Kwota finansowania wnioskowana od Firmy (w PLN) |  |
| Całkowita kwota wnioskowanego finansowania zewnętrznego (w PLN) |  |
| Jaki procent ogólnego budżetu stanowi kwota wnioskowana od Firmy |  |
| Dane dotyczące personelu odpowiedzialnego za kontrolę finansową nad funduszami grantowymi (np. dział finansowy wnioskodawcy, niezależni audytorzy itp.) |  |
| Dane konta bankowego*(Podane konto musi być kontem podmiotu składającego wniosek, a nie osoby fizycznej)*  | Nazwa banku:Kraj banku:Właściciel konta:Numer IBAN:Kod BIC lub SWIFT: |
| **3. Szczegóły dot. Wydarzenia Edukacyjnego** |
| Nazwa |  |
| Daty | Data rozpoczęcia (dd / mm / rrrr):Data zakończenia (dd / mm / rrrr): |
| Lokalizacja | Miasto:Kraj: |
| Miejsce organizacji Wydarzenia Edukacyjnego | Nazwa:Adres:Strona internetowa: |
| Cel wydarzenia edukacyjnego: proszę podać szczegółowy opis zakresu, celu i przewidywanego wyniku programu.* Wymagana dokumentacja pomocnicza: najbardziej aktualny program
 |  |
| Docelowi odbiorcy Wydarzenia Edukacyjnego (*proszę zaznaczyć odpowiednie pole*) | ☐ Lokalni☐ Krajowi☐ Międzynarodowi |
| Czy wydarzenie edukacyjne zostało wprowadzone do Systemu Weryfikacji Konferencji (CVS)?*Uwaga:**Więcej informacji na temat systemu można znaleźć pod adresem:* [*https://www.ethicalmedtech.eu/*](https://www.ethicalmedtech.eu/) | ☐ TAK☐ NIE |
| Jeśli "TAK", proszę wskazać przyczynę | ☐ TAK, Wydarzenie jest zgodne☐ TAK, ocena jest nadal w toku |
| Jeśli "NIE", proszę wskazać przyczynę | ☐ Wydarzenie nie wymaga zatwierdzenia w Systemie Weryfikacji Konferencji (CVS) , ponieważ nie jest ono objęte jego zakresem(Zobacz zakres na:[https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/eligibility-scope/](https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/eligibility-scope/%20) )☐ Inne (proszę określić) |
| Czy wydarzenie edukacyjne zostało wprowadzone do Systemu Oceny Wydarzeń Edukacyjnych)?*Uwaga:**Więcej informacji na temat systemu można znaleźć pod adresem:* [*https://sowe.org.pl/assets/files/Regulamin\_SOWE.pdf*](https://sowe.org.pl/assets/files/Regulamin_SOWE.pdf) | ☐ TAK☐ NIE |
| Jeśli "TAK", proszę wskazać przyczynę | ☐ TAK, Wydarzenie jest zgodne☐ TAK, ocena jest nadal w toku |
| Jeśli "NIE", proszę wskazać przyczynę | ☐ Wydarzenie nie wymaga zatwierdzenia w Systemie Oceny Wydarzeń Edukacyjnych (SOWE), ponieważ nie jest ono objęte jego zakresem (Zobacz zakres na:<https://sowe.org.pl/assets/files/Regulamin_SOWE.pdf>)☐ Inne (proszę określić) |
| **4. Udział HCP w Wydarzeniach Edukacyjnych** |
| Proszę opisać procedurę składania wniosków i kryteria, na podstawie których wybrani zostaną beneficjenci Grantu. |  |
| Proszę podać nazwisko lub stanowisko osoby odpowiedzialnej za wybór HCP, którzy będą uczestniczyć w Wydarzeniach Edukacyjnych |  |
| **5. Poprzednie wsparcie w postaci grantów**  |
| Czy Państwa organizacja już wcześniej wnioskowała o finansowanie lub otrzymała je od Firmy? | ☐ TAK☐ NIE |
| Jeżeli "TAK", proszę wskazać kwotę, datę i cel wnioskowanego / przyznanego grantu? |  |
| **6. Uwagi** |
|  |
| **7. Dokumenty potwierdzające** |
| Proszę załączyć następujące dokumenty potwierdzające do niniejszego formularza:* Kopię najbardziej aktualnego projektu programu, agendy lub materiałów informacyjnych związanych z Wydarzeniem Edukacyjnym
* Projekt budżetu określający sposoby wydatkowania funduszy
* Certyfikat zgodności otrzymany z SOWE (jeżeli dotyczy)
 |

Oświadczam, że:

Formularz został wypełniony w imieniu organizacji wnioskującej;

informacje podane w niniejszym formularzu i dokumentach potwierdzających są prawdziwe i dokładne;

wniosek o przyznanie grantu nie jest w żaden sposób bezpośrednio ani pośrednio powiązany z przeszłymi, obecnymi lub potencjalnymi przyszłymi zakupami, dzierżawami, rekomendacjami, receptami, użytkowaniem, dostawami lub zamówieniami na produkty lub usługi Firmy.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Stanowisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Popis**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**