|  |
| --- |
| ***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 organizowanym  przez 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/* | ☐ 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/ )  ☐ 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 | |

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**

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