|  |
| --- |
| ***Haftungsausschluss***  *Dieses Formular für einen Zuschussantrag („Formular“) wurde vom MedTech Europe-Sekretariat lediglich als Orientierungshilfe erstellt und ist nicht als Rechtsberatung für besondere Fakten oder Umstände auszulegen.* *Die Verwendung dieses Formulars oder von Teilen davon erfolgt in eigenem Ermessen und auf eigenes Risiko der Parteien, die es benutzen. MedTech Europe oder Coloplast haftet nicht für Verluste oder Schäden aufgrund der Verwendung dieses Formulars oder von Teilen davon. MedTech Europe behält sich das Recht vor, das Formular jederzeit ohne Vorankündigung ganz oder in Teilen zu ändern oder anzupassen.* |

Formular für einen Zuschussantrag:

Weiterbildungszuschuss – Von Dritten organisierte Aus-/Weiterbildungsveranstaltungen

Coloplast GmbH hält sich an den Verhaltenskodex für ethische Geschäftspraktiken von MedTech Europe, der strenge, eindeutige und transparente Regeln für die Geschäftsbeziehungen unserer Branche mit medizinischen Fachkräften und Organisationen im Gesundheitswesen vorgibt; dies schließt auch die Förderung unabhängiger medizinischer Aus-/Weiterbildungsmaßnahmen über Zuschüsse ein. Weitere Informationen über den Verhaltenskodex von MedTech Europe: <https://www.ethicalmedtech.eu/wp-content/uploads/2017/09/MedTech-Europe-Code-of-Ethical-Business-Practice-QA-DG.pdf>

|  |
| --- |
| **Anweisungen – Bitte vor Ausfüllen des Formulars lesen**   * Zuschussanträge sind mindestens 90 Tage vor der ersten Veranstaltung/Aktivität zusammen mit allen beigefügten Begleitunterlagen einzureichen. Anträge, bei denen diese Fristen nicht eingehalten werden, werden abgelehnt. * Bitte beachten Sie, dass es keine Garantie dafür gibt, dass der gesamte beantragte Zuschuss gewährt wird. Coloplast GmbH kann in seinem alleinigen Ermessen den Betrag ablehnen, vollständig genehmigen oder einen niedrigeren Betrag genehmigen. * Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular zusammen mit allen erforderlichen Begleitunterlagen ist per E-Mail einzureichen unter [edugrantat@coloplast.com](mailto:edugrantat@coloplast.com) oder per Post an: Coloplast GmbH, z.H. Compliance und Quality Management |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Angaben zum/zur Bewerber/in** | |
| Vollständiger Name |  |
| Betriebliche Struktur/Rechtlicher Status |  |
| Steuernummer |  |
| Adresse |  |
| Mission der Organisation  (Bitte beschreiben Sie den Bildungs-/wissenschaftlichen Auftrag, den Tätigkeitsbereich, die wichtigsten Projekte/Kooperationen der Organisation) |  |
| Website |  |
| Leitung der Organisation | Vollständiger Name:  Position innerhalb der Organisation: |
| Kontaktperson, die den Antrag einreicht | Vollständiger Name:  Position innerhalb der Organisation:  Telefonnummer:  Adresse:  E-Mail Adresse: |
| **2. Angaben zum Zuschussantrag** | |
| Art des Zuschusses  *(Kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an)* | ☐ Förderung der Teilnahme medizinischer Fachkräfte an von Dritten organisierten Weiterbildungsveranstaltungen („Aus-/Weiterbildungs-veranstaltung“)  ☐ Förderung für die Aus-/Weiterbildungsveranstaltung  ☐ Andere Förderungen von medizinischen Fachkräften (inklusive Stipendien, Zuschüsse von Public Awareness Kampagnen) |
| Therapeutische oder diagnostische Bereiche | Für welchen Versorgungsbereich wird die Förderung eingesetzt?  Inkontinenzversorgung  Stomaversorgung  Wundversorgung  Urologische Versorgung |
| Soll die Förderung in anderen Ländern als Österreich eingesetzt werden? | Nein  Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Bitte Ländernamen eintragen)* |
| Bitte beschreiben Sie ausführlich, wie der Zuschuss verwendet werden soll (z. B.   * Anzahl der Fachkräfte, die unterstützt werden sollen, * durchschnittlicher, je Fachkraft vorgeschlagener Betrag für Flüge (in EUR), * durchschnittlicher, je Fachkraft vorgeschlagener Betrag für Anmeldegebühren (in EUR) usw.) * Erforderliche Begleitunterlagen: Budget-Übersicht: siehe Anlage I)   *Hinweis:*  *In der Regel gewähren wir den Zuschuss nur zur Deckung der Kosten in Verbindung mit der Organisation der Aus-/Weiterbildungsveranstaltung (z. B. die Miete für die Räumlichkeiten, in denen die Veranstaltung stattfindet) oder den Kosten für die Anmeldung, Reise und Unterbringung der teilnehmenden Fachkräfte. Der Zuschuss wird nicht zur Deckung von Kosten in Verbindung mit der Organisation von Freizeit-/Unterhaltungsaktivitäten oder für die Einladung von Ehegatten, Lebenspartnern von Fachkräften gewährt. Darüber hinaus werden keine Fördermittel zur Deckung ordentlicher betrieblicher Aufwendungen, laufender Kosten der Organisation und sonstiger Haushaltsposten bereitgestellt, die nicht in direktem Zusammenhang mit den Aus-/Weiterbildungsmaßnahmen stehen.* |  |
| Zuschussbetrag, der von Coloplast GmbH beantragt wird (in EUR) |  |
| Gesamtbetrag extern beantragter Fördermittel (in EUR) |  |
| Prozentsatz am Gesamtbudget, dem der Betrag entspricht, der von Coloplast GmbH beantragt wird |  |
| Bankverbindung  *(Hierbei muss es sich um ein Konto handeln, das auf den Namen der Einrichtung, die den Antrag stellt, nicht jedoch auf eine Einzelperson lautet)* | Name der Bank:  Land der Bank:  Kontoinhaber:  IBAN:  BIC oder SWIFT-Code:  Verwendungszweck: |
| **3. Angaben zur Aus-/Weiterbildungsveranstaltung** | |
| Titel |  |
| Daten | Beginnt am (TT/MM/JJJJ):  Endet am (TT/MM/JJJJ): |
| Ort | Stadt:  Bundesstaat/Bundesland:  Land: |
| Tagungsstätte | Name:  Adresse:  Website: |
| Ziel der Aus-/Weiterbildungsveranstaltung: Bitte beschreiben Sie ausführlich Umfang, Ziel und erwartetes Ergebnis des Programms.   * Erforderliche Begleitunterlagen: aktuelles Programm |  |
| Zielpublikum der Aus-/Weiterbildungsveranstaltung  *(Bitte klicken Sie das entsprechende Kästchen an)* | ☐ Lokal  ☐ National  ☐ International |
| Wurde die Aus-/Weiterbildungsveranstaltung im Rahmen des EthicalMedtech-Kontrollverfahrens für Konferenzen genehmigt?  *Hinweis:*  *Weitere Informationen zum Verfahren finden Sie unter:* [*http://www.ethicalmedtech.eu/*](http://www.ethicalmedtech.eu/) | ☐ JA  ☐ NEIN (wenn nein, bitte erklären Sie dies unten) |
| Falls „NEIN“, geben Sie bitte den Grund dafür an | ☐ Die Veranstaltung bedarf keiner Genehmigung durch das EthicalMedtech-Kontrollverfahren für Konferenzen, da sie nicht in den Anwendungsbereich dieses Verfahrens fällt  (Informationen zum Anwendungsbereich finden Sie unter:  <http://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/pilot-phase>)  ☐ Die Veranstaltung ist derzeit nicht im EthicalMedtech-Veranstaltungskalender gelistet  (Den Veranstaltungskalender können Sie abrufen unter:  <http://www.ethicalmedtech.eu/>)  ☐ Die Veranstaltung ist derzeit mit dem Status „NOCH ZU PRÜFEN“ im EthicalMedtech-Veranstaltungskalender gelistet  ☐ Die Veranstaltung ist derzeit mit dem Status „NICHT GEPRÜFT“ im EthicalMedtech-Veranstaltungskalender gelistet  ☐ Die Veranstaltung ist derzeit mit dem Status „ERFÜLLT TEILWEISE DEN KODEX“ im EthicalMedtech-Veranstaltungskalender gelistet  ☐ Die Veranstaltung ist mit dem Hinweis „ERFÜLLT NICHT DEN KODEX“ im EthicalMedtech-Veranstaltungskalender aufgeführt  ☐ Sonstiges (bitte angeben) |
| **4. Teilnahme von medizinischen Fachkräften an Aus-/Weiterbildungsveranstaltungen** | |
| Beschreiben Sie bitte das Antragsverfahren und die Kriterien, nach denen die Zuschussempfänger ausgewählt werden |  |
| Geben Sie bitte den Namen und/oder die Position der Person an, die für die Auswahl der Fachkräfte zuständig ist, die an den -Aus-/Weiterbildungsveranstaltungen teilnehmen sollen |  |
| **5. Frühere Gewährung von Zuschüssen** | |
| Hat Ihre Organisation bereits früher Fördermittel Coloplast GmbH beantragt oder erhalten? | ☐ JA  ☐ NEIN |
| Falls „JA“, bitte geben Sie den Betrag, das Datum und den Verwendungszweck des beantragten/ erhaltenen Zuschusses an. |  |
| **6. Anmerkungen** | |
|  | |
| **7. Begleitunterlagen** | |
| Bitte fügen Sie diesem Antrag die folgenden Begleitunterlagen bei:   * Eine Kopie des aktuellen Programmentwurfs, des Programmablaufs oder von Kommunikationsmaterialien zur Aus-/Weiterbildungsveranstaltung * Ein Budgetentwurf, in dem dargelegt wird, wie die Fördermittel verwendet werden sollen | |

Ich erkläre Folgendes:

Dieses Formular wurde im Namen der antragstellenden Organisation ausgefüllt. Die Angaben auf diesem Formular und in den Begleitunterlagen sind wahr und korrekt. Der Zuschussantrag ist weder implizit noch explizit in irgendeiner Weise mit einem/einen früheren, aktuellen oder möglicherweise zukünftigen Kauf, Leasing, Empfehlung, Verschreibung, Verwendung, Lieferung oder Einkauf von Produkten oder Dienstleistungen des Unternehmens verbunden.

Name der Organisation/Institution: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Titel des Antragstellers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Position des Antragstellers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anlage I: Beispiel für Zahlungsplan**

[*Der untenstehende Zahlungsplan ist ein Beispiel und an den jeweiligen Sachverhalt individuell anzupassen; etwa könnten zusätzliche oder weniger Zahlungsschritte vorgesehen werden*]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Betrag | Auslösendes Ereignis | Zu zahlen bis |
| Vor der Veranstaltung auszuzahlender Betrag | € […] | [zB Unterfertigung dieser Vereinbarung, Nachweis von Aufwendungen, Vorlage von Rechnungen] | [Frist ab auslösendem Ereignis, zB zwei Wochen nach Unterfertigung dieser Vereinbarung] |
| Vor der Veranstaltung auszuzahlender Betrag | € […] | [zB Unterfertigung dieser Vereinbarung, Nachweis von Aufwendungen, Vorlage von Rechnungen] | [Frist ab auslösendem Ereignis, zB vier Wochen nach Unterfertigung dieser Vereinbarung] |
| Nach der Veranstaltung auszuzahlender Betrag | € […] | [zB Vorlage von Teilnahmebestätigungen, Originalrechnungen, Folgebericht gemäß Punkt 5.1] | [Frist; zB zwei Wochen nach Vorlage der Bestätigungen] |
| Gesamtförderung | € […] |  |  |