

Prohlášení o vyloučení odpovědnosti

Tento formulář žádosti o grant (dále jen „formulář“) vytvořil sekretariát asociace MedTech Europe¹ pouze jako návod, které by neměl sloužit jako právní poradenství v případě konkrétních skutečností či okolností. Použití tohoto formuláře nebo jakékoli jeho části je výlučně na uvážení a zodpovědnosti uživatele. MedTech Europe ani společnost Coloplast nenesou odpovědnost za jakoukoli újmu či škodu, k nimž může dojít v důsledku použití tohoto formuláře nebo jakékoli jeho části. MedTech Europe si vyhrazuje právo formulář nebo jakoukoli jeho část kdykoli změnit či doplnit bez předchozího upozornění.

Formulář žádosti o grant:

Vzdělávací grant – vzdělávací akce organizované třetí stranou

Společnost Coloplast dodržuje Kodex etické obchodní praxe asociace MedTech Europe, který stanovuje přísná, jasná a transparentní pravidla pro vztah našeho odvětví vůči zdravotnickým pracovníkům a zdravotnickým organizacím, a to včetně podpory nezávislého vzdělávání v oblasti zdravotnictví prostřednictvím grantů. Další informace o Kodexu etické obchodní praxe asociace MedTech Europe: <https://www.ethicalmedtech.eu/wp-content/uploads/2017/09/MedTech-Europe-Code-of-Ethical-Business-Practice-QA-DG.pdf>

Pokyny (přečtěte si je prosím před vyplněním formuláře)

- Žádosti o grant je třeba spolu s příloženými podklady podat alespoň 60 dní před uskutečněním první akce/aktivity. Doporučujeme ji však podat 90 dní před uskutečněním první akce/aktivity. Veškeré žádosti, které nedodrží tuto lhůtu, budou zamítnuty.
- Neexistuje žádná záruka, že bude žadateli poskytnuta celá výše požadovaného grantu. Společnost Coloplast může na základě neomezeného uvážení požadovanou výši grantu zamítnout, zcela schválit nebo schválit nižší částku.
- Vyplněný formulář včetně všech požadovaných podkladů musí být odeslán e-mailem na adresu edugrantcz@coloplast.com nebo prostřednictvím poštovní služby.

Je třeba vyplnit všechna pole – zadejte text nebo zaškrtněte příslušná políčka.

1. Údaje o žadateli	
Celé jméno	
Provozní struktura/právní forma (např. a.s., s.r.o., v.o.s. atd.)	
IČO / DIČ	
Adresa	
Město zápisu v rejstříku	
Země výkonu činnosti	
Cíle organizace (uveďte prosím popis poslání organizace v oblasti vzdělávání/vědy, oblast činnosti, významné projekty/spolupráce)	
Web	
Vedoucí organizace ² Osoba oprávněná k podepisování smluv za organizaci	Celé jméno: Pozice v rámci organizace:
Kontaktní osoba podávající žádost	Celé jméno: Pozice v rámci organizace: Telefon: Adresa: E-mailová adresa:

¹ Společnost Coloplast přizpůsobila tento formulář svým potřebám.

² V případě, že společnost Coloplast žádost schválí, podepisuje vedoucí organizace smlouvu o udělení grantu, která je požadavkem na provedení platby.

2. Údaje žádosti o grant	
Druh grantu	Vzdělávací granty na podporu akcí organizovaných třetí stranou /nebo na podporu účasti zdravotnických pracovníků na vzdělávacích akcích organizovaných třetí stranou) Další vzdělávací granty pro zdravotnické organizace (včetně stipendií a grantů na osvětové kampaně)
Terapeutické nebo diagnostické oblasti	
Země, ve které bude grant využit	
Popište podrobně, jak bude grant využit (např. • počet podporovaných zdravotnických pracovníků, • průměrná částka navrhovaná na lety jednotlivých zdravotnických pracovníků, • průměrná částka navrhovaná na registrační poplatky za jednoho zdravotnického pracovníka apod. Požadované podklady: přehled rozpočtu (viz oddíl 7) <i>Poznámka:</i> Obecně akceptujeme granty, které kryjí pouze náklady související s organizací vzdělávací akce (např. pronájem prostor, kde se akce koná) nebo náklady na registraci, cestování a ubytování účastníků se zdravotnických pracovníků. Grant není určen k pokrytí výdajů souvisejících s organizací volnočasových/zábavních aktivit nebo s pozváním manželek/manželů/partnerů zdravotnických pracovníků. Dále nebudou finanční prostředky poskytovány na pokrytí běžných provozních výdajů, provozních nákladů a ostatních položek rozpočtu nesouvisejících přímo se vzděláváním.	
Výše finančních prostředků požadovaná od společnosti Coloplast v Kč	
Celková výše požadovaných externích finančních prostředků v Kč	
Celková částka požadovaná za aktivitu v Kč	
Údaje o bankovním účtu (Účet musí být veden na organizaci, která podává žádost, nikoli na fyzickou osobu.)	Název banky: Země banky: Vlastník účtu: Číslo účtu nebo číslo IBAN : Kód BIC nebo SWIFT:

3. Informace o vzdělávací akci	
Název	
Termíny	Datum zahájení (dd.mm.rrrr) Datum ukončení (dd.mm.rrrr)
Místo	Město: Kraj: Země:
Místo konání	Název: Adresa: Web:
Cíl vzdělávací akce: uveďte prosím podrobný popis rozsahu, účelu a předpokládaného výsledku programu. Požadované podklady: nejaktuálnější program (viz oddíl 7)	
Cílové publikum vzdělávací akce	Místní Národní Mezinárodní
4. Účast zdravotnických pracovníků na vzdělávacích akcích	
Popište prosím proces žádosti a kritéria, na jejichž základě budou vybráni příjemci grantu.	
Uveďte jméno nebo pozici osoby odpovědné za výběr zdravotnických pracovníků, kteří se mají vzdělávacích akcí zúčastnit.	
5. Předchozí grantová podpora	
Žádala vaše organizace již dříve o poskytnutí finančních prostředků od společnosti Coloplast nebo je od ní získala?	ANO / NE
Pokud jste zaškrtnli „ANO“, uveďte prosím částku, datum a účel požadovaného/přiděleného grantu.	
6. Poznámky	
7. Podklady	
K formuláři prosím připojte následující podklady: - kopii nejaktuálnějšího návrhu programu, agendy nebo komunikačních materiálů souvisejících se vzdělávací akcí; návrh rozpočtu nastiňující, jak budou finanční prostředky využity.	

Prohlašuji, že:

- tento formulář byl vyplněn jménem žádající organizace;
- informace uvedené v tomto formuláři a podkladech jsou pravdivé a přesné;
- žádost o grant není implicitně ani explicitně nijak spojena s minulým, současným nebo případným budoucím nákupem, pronájmem, doporučením, předpisem, použitím, dodávkou nebo veřejnou zakázkou, které se týkají produktů či služeb společnosti.