|  |
| --- |
| ***Отказ от ответственности****Данная Форма заявки на получение Гранта («Форма») была подготовлена Секретариатом MedTech Europe только в качестве предлагаемого руководства и не должна восприниматься как юридическое разъяснение каких-либо конкретных фактов или обстоятельств. Использование Данной Формы или любых ее элементов должно осуществляться пользователями по собственному усмотрению и на собственный риск. MedTech Europe не несет ответственности за любые убытки или ущерб, которые могут возникнуть в результате использования данной Формы или любых ее элементов. MedTech Europe оставляет за собой право исправлять или изменять данную Форму или любой ее элемент в любое время без предварительного уведомления.*  |

Форма заявки на получение Гранта:

Учебный грант – Образовательные мероприятия, организованные Третьей стороной

Coloplast придерживается Кодекса этической деловой практики MedTech Europe, который устанавливает строгие, четкие и прозрачные правила для отношений нашей отрасли со специалистами здравоохранения (HCP) и организациями здравоохранения (HCO), включая поддержку независимого медицинского образования посредством грантов. Дополнительную информацию о кодексе этики MedTech Europe можно получить на сайте: <http://www.medtecheurope.org/industry-themes/topic/93>

|  |
| --- |
|  **Инструкции – Пожалуйста, прочитайте перед заполнением формы*** Заявки на получение гранта должны быть представлены не менее чем за 60 дней до начала первого мероприятия/деятельности с прилагаемой сопроводительной документацией. Однако мы рекомендуем подать заявку на грант за 90 дней до первого мероприятия/деятельности. Любое приложение, не соответствующее данным временным рамкам, будет отклонено.
* Обратите внимание: гарантии того, что будет предоставлена вся запрашиваемая сумма, отсутствуют. Coloplast может по своему усмотрению отклонить заявку, одобрить ее полностью или утвердить по ней меньшую сумму.
* Заполненная форма, включая все необходимые подтверждающие документы, должна быть отправлена по электронной почте на адрес, указанный на веб-сайте.
 |

|  |
| --- |
| **1. Информация о заявителе** |
| Наименование полностью  |  |
| Огранизационная структура / Правовой статус (например, Корп., ГмбХ, А/С, Лтд. и т.д.) |  |
| Идентификационный налоговый номер |  |
| Адрес |  |
| Город регистрации |  |
| Страна основной деятельности |  |
| Миссия организации (пожалуйста предоставьте описание образовательной / научной миссии организации, области деятельности, известных проектов / совместных операций)  |  |
| Веб-сайт |  |
| Руководитель организации[[1]](#footnote-2)  | ФИО полностью: Должность в организации:  |
| Контактное лицо, представившее запрос | ФИО полностью: Должность в организации: Номер телефона: Адрес:  |
| **2. Сведения о запрашиваемом Гранте**  |
| Тип Гранта *(Отметьте галочкой)* |  ☐ \* Поддержка образовательного мероприятия, организованного третьей стороной («Образовательное мероприятие») + Поддержка участия специалиста здравоохранения в Образовательном мероприятии ☐ Стипендии и другие типы грантов \* Пожалуйста, отметьте ответ перед квадратной меткой |
| Терапевтические или диагностические области |  |
| Страна, для которой предназначается Грант |  |
| Просьба представить подробное описание того, как будет использоваться Грант (например, количество поддерживаемых специалистов здравоохранения, средняя предполагаемая стоимость перелета для специалиста здравоохранения, средняя предлагаемая сумма регистрационных сборов для специалиста здравоохранения и т.д.) * Необходимая сопроводительная документация: обзор бюджета (см. Раздел 7.)

*Примечание:* *Как правило, помимо Гранта мы покрываем только расходы, связанные с организацией образовательного мероприятия (например, арендную плату за помещения, в которых проводится мероприятие) или расходы на регистрацию, проезд и размещение участвующих специалистов здравоохранения. Грант не предусматривает покрытие расходов, связанных с организацией досуга / развлечений или приглашением супругов / партнеров специалистов здравоохранения. Кроме того, не предусмотрено финансирование для обычных операционных расходов, текущих расходов организации и других статей бюджета, не связанных напрямую с образованием.*  |  |
| Объем запрашиваемого финансирования от Coloplast |  |
| Объем запрашиваемого внешнего финансирования |  |
| Процент общего бюджета, запрашиваемого у Coloplast |  |
| Сведения о банковском счете *(Необходимо предоставить сведения о банковском счете организации, подающей заявку, а не отдельного лица)*  | Наименование банка: Страна банка: Владелец счета:Номер IBAN:BIC или SWIFT-код: |
| **3. Информация об образовательном мероприятии**  |
| Название  |  |
| Сроки:  | Дата начала (дд/мм/гггг) Дата окончания (дд/мм/гггг): |
| Местонахождение  | Город:Штат:Страна: |
| Место проведения  | Наименование:Адрес:Веб-сайт: |
| Цель образовательного мероприятия: просьба представить подробное описание сферы действия, цели и ожидаемых результатов программы. * Необходимая сопроводительная документация: самая актуальная программа (см. Раздел 7.)
 |  |
| Уровень целевой аудитории образовательного мероприятия *(отметьте галочкой)* |  ☐ Локальный  ☐ Национальный  ☐ Международный |
| Было ли образовательное мероприятие утверждено в рамках Системы верификации конференций EthicalMedtech?*Примечание:**Дополнительная информация о системе доступна по адресу* [*http://www.ethicalmedtech.eu/*](http://www.ethicalmedtech.eu/) |  ☐\*ДА ☐ НЕТ |
| Если ответ «НЕТ», пожалуйста, укажите причину  |  ☐\* Событие не требует утверждения в Системе верификации конференций EthicalMedtech, поскольку не подпадает под сферу ее действия(См. сферу действия по адресу:<http://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/pilot-phase> ) ☐ Событие в настоящее время не указано в календаре конференций EthicalMedtech(См. календарь по адресу:<http://www.ethicalmedtech.eu/> ) ☐ В настоящее время мероприятие отображается в календаре конференций EthicalMedtech со статусом «НА РАССМОТРЕНИИ»  ☐ В настоящее время мероприятие отображается в календаре конференций EthicalMedtech со статусом «НЕ ОЦЕНЕНО»  ☐ В настоящее время мероприятие отображается в календаре конференций EthicalMedtech со статусом «ЧАСТИЧНОЕ СООТВЕТСТВИЕ»  ☐ Событие отображается в календаре конференций EthicalMedtech со статусом «НЕ СООТВЕТСТВУЕТ» ☐ Другое (просьба указать) ... |
| **4. Участие специалистов здравоохранения в образовательных мероприятиях**  |
| Пожалуйста, опишите процедуру подачи заявки и критерии, на основе которых будут выбраны бенефициары Гранта |  |
| Укажите ФИО и/или должность лица, ответственного за отбор специалистов здравоохранения для участия в образовательных мероприятиях |  |
| **5. Предыдущая грантовая поддержка**  |
| Раньше ваша организация уже подавала заявку или получала финансирование от Coloplast? |  ☐\*ДА ☐ НЕТ\* Пожалуйста, отметьте ответ перед квадратной меткой |
| Если «ДА», укажите сумму, дату и назначение запрошенного/полученного гранта. |  |
| **6. Примечания** |
|  |
| **7. Подтверждающие документы** |
| Приложите следующие подтверждающие документы к данной форме:* Копия самого актуального проекта программы, повестки дня или контактные данные, связанные с образовательным мероприятием
* Проект бюджета, в котором излагаются способы использования средств
 |

Я заявляю, что:

Данная форма была заполнена от имени запрашивающей организации;

Информация, представленная в этой форме и подтверждающих документах, является достоверной и точной;

Запрос на Грант не связан прямо или косвенно с прошлой, настоящей или потенциальной будущей покупкой, арендой, рекомендацией, назначением, использованием, поставкой или приобретением продуктов или услуг Компании.

1. Руководителем организации является лицо, которое должно будет подписать Соглашение о предоставлении гранта, необходимое для оформления оплаты в случае, если Coloplast одобрит заявку. [↑](#footnote-ref-2)