**Ansøgningsformular til**

**Uddannelsestilskud eller tredjepartsorganiserede uddannelsesarrangementer**

Coloplast overholder MedTech Europes regler for etisk forretningspraksis samt national regulering, der fastlægger strenge, klare og transparente regler for vores branches forhold til sundhedsfagligt personale og sundhedsorganisationer, herunder også støtte til uafhængig faglig uddannelse i form af tilskud. Se også [MedTech Europe´s Forretningsetiske regler](https://www.ethicalmedtech.eu/wp-content/uploads/2017/09/MedTech-Europe-Code-of-Ethical-Business-Practice-QA-DG.pdf) og [Lægemiddelstyrelsens regler](https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/udstyr/lovgivning-og-vejledning/).

|  |
| --- |
| **Instruktion – læs venligst, inden formularen udfyldes**   * Ansøgninger skal være indsendt mindst 60 dage før begivenhed/aktivitet finder sted, sammen med al tilhørende dokumentation. Vi anbefaler imidlertid, at ansøgningen indsendes 90 dage før begivenheden/aktiviteten finder sted. Ansøgninger der ikke overholder tidsanvisningerne, kan blive afvist * Vær opmærksom på, at der ikke er nogen sikkerhed for, at det fulde ønskede beløb kan bevilges. Coloplast kan efter eget valg afvise ansøgningen, godkende det fulde beløb eller godkende dele af beløbet. * Den udfyldte formular og alle nødvendige bilag skal indsendes via [edugrantdk@coloplast.com](mailto:edugrantdk@coloplast.com)   Ansøgninger til Coloplast Interventional Urology team – se ansøgningsvejledning her:  https:// www.coloplast.dk/urologi/sundheds-personale/uddannelse/ |

**Alle felter SKAL udfyldes – sæt kryds eller udfyld de markerede felter**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Oplysninger organisationen\*, der ansøger** | |
| 1.1 Organisationens fulde navn og afdeling |  |
| 1.2 Type af virksomhed (Aps., A/S eller offentlig instans) |  |
| 1.3 CVR.nr/EAN.nr |  |
| 1.4 Adresse |  |
| 1.5 Postnummer/by |  |
| 1.6 Land |  |
| 1.7 Organisationens erklærede formål  (giv en beskrivelse af organisationens uddannelsesmæssige/videnskabelige formål, aktivitetsområde, vigtige projekter/samarbejde) |  |
| 1.8 Hjemmeside |  |
| 1.9 Ansvarlig ledelse[[1]](#footnote-1) | Fulde navn: Stilling: |
| 1.10 Kontaktperson der indsender ansøgning (ikke modtager af den økonomiske støtte) | Fulde navn: Stilling: Telefonnummer: Adresse: Emailadresse: |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Oplysninger vedr. ansøgningen** | |
| 2.1Tilskudstype | Støtte til tredjeparts organiserede uddannelsesarrangementer / støtte til sundhedspersonales deltagelse ved tredjeparts organiserede uddannelsesarrangementer  Anden form for tilskud til sundhedsorganisationer (HCOs) inklusiv stipendier, legater og tilskud til kampagner til oplysning af offentligheden |
| 2.2 Indenfor hvilket terapeutiske eller diagnostiske område skal støtten anvendes | Stomi  Kontinens  Sårbehandling  Urologi – se s. 1 Instruks. |
| 2.3 Er der tale om et tredjeparts organiseret uddannelsesarrangement i udlandet eller et internationalt uddannelsesarrangement i Danmark | JA - udfyld herefter pkt. 2.4. A  Nej - udfyld herefter punkt 2.4. B |
| 2.4. A. Udfyldes ved internationale uddannelsesarrangementer i udlandet eller i Danmark. | Til brug for Coloplasts verifikation af modtagernes relevans for den faglige aktivitet samt Coloplast forpligtelse til at informere modtagere om deres indberetningspligt til Lægemiddelstyrelsen indsættes her navn og kontaktpersoner på de relevante modtagere samt kort beskrivelse af modtagerens uddannelsesbaggrund og længden af modtagerens faglige erfaring: |
| Indsæt flere linjer efter behov   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Navn | e-mail | Nuværende stilling | Uddannelsesbaggrund | Faglig erfaring (år) | | *Eksempel: Jon Doe* | [*Jondoe@outlook.com*](mailto:Jondoe@outlook.com) | *Overlæge* | *Læge med speciale i urologi* | *20års erfaring* | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| 2.4.B (udfyldes ved nationale aktiviteter) | Til brug for Coloplasts verifikation af modtagernes relevans for den faglige aktivitet indsættes her navn på de relevante modtagere samt kort beskrivelse af modtagerens uddannelsesbaggrund og længden af modtagerens faglige erfaring: |
| Indsæt flere linjer efter behov   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Navn | Nuværende stilling | Uddannelsesbaggrund | Faglig erfaring (år) | | *Eksempel: Jon Doe* | *Overlæge* | *Læge med speciale i urologi* | *20års erfaring* | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |
| **Bemærk: (for både pkt.2.4 A og B gælder)**  Coloplast tager generelt det forbehold, at tilskuddet udelukkende må dække omkostningerne til organisation af uddannelsesarrangementet (f.eks. leje af lokaliteten, hvor arrangementet finder sted) eller omkostningerne til tilmelding, rejse og indkvartering for deltagende sundhedsfagligt personale.  Tilskuddet gives ikke til dækning af omkostninger i forbindelse med organisation af fritids-/underholdningsaktiviteter eller til invitation af sundhedsfagligt personales ægtefæller/partnere. Derudover gives der ikke penge til dækning af ordinære driftsomkostninger, organisationens driftsomkostninger eller andre budgetposter, der ikke har direkte tilknytning til det ansøgte formål. | |
| 2.5 Ønsket tilskudsbeløb fra Coloplast |  |
| 2.6 Er der søgt midler hos andre virksomheder eller dækkes dele af beløbet af organisationen |  |
| 2.7 Total beløb for aktiviteten |  |
| 2.8 Bankkontooplysninger *(Denne konto skal være registreret til ansøger/organisation, der søger om tilskuddet, og ikke en enkeltperson)* | Banknavn: Reg.Nr.: Kontonr.: Bankland: Kontoindehaver:  Angiv navn på organisationens afdeling eller anden relevant information, som skal oplyses ved bankoverførslen: |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Oplysninger om uddannelsesarrangementet** | |
| 3.1 Titel |  |
| 3.2 Dato (interval) | Startdato (dd/mm/åååå) Slutdato (dd/mm/åååå) |
| 3.3 Arrangementssted | By Land Hjemmeside |
| 3.4 Sted | Navn: Adresse: |
| 3.5 Oplys programmets varighed, formål og forventede resultat.   * Krævet bilag: Senest opdaterede program (se afsnit 6). |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Hidtidig tilskudsstøtte** | |
| 4.1 Har den ansvarlige ledelse ansøgt Coloplast om finansiering i perioden efter 1.1.2017? | JA  NEJ |
| 4.2 Hvis der svares "JA", anfør venligst beløbsstørrelse, dato og formål for det bevilgede tilskud? |  |
| **5. Bemærkninger** | |
|  | |
| **6. Bilag** | |
| Vedlæg følgende bilag til denne formular:   * Et budgetudkast, der redegør for hvordan beløbet ønskes anvendt * Et eksemplar af det senest opdaterede programudkast, dagsorden eller materiale vedr. arrangementet. | |

Jeg erklærer som kontaktperson/udfylder af ansøgningsskema at følgende punkter er opfyldt:

1. Denne formular er udfyldt på vegne af den ansøgende ledelse
2. Oplysningerne i denne formular og bilag er sande og retvisende
3. Ansøgningen er på ingen måde knyttet til tidligere, aktuelle eller fremtidige køb, leasingaftaler, anbefalinger, ordineringer, anvendelser, leverancer eller bestillinger af virksomhedens produkter eller serviceydelser.

Når ansøgningen er vurderet sendes svar til kontaktpersonen. Ved tildeling af støtte sendes umiddelbart efter en kontrakt til underskrift.

1. Den ansvarlige for organisationen, som skal underskrive ansøgningen. Dette er en forudsætning for udbetaling, hvis Coloplast godkender ansøgningen. [↑](#footnote-ref-1)