|  |
| --- |
| ***Ansvarsfraskrivelse*** *Denne tilskudsansøgningsformular ("formularen") er udarbejdet af MedTech Europe-sekretariatet[[1]](#footnote-1) som foreslået vejledning og skal ikke betragtes som et juridisk dokument.* *Brug af denne formular er alene efter eget valg og på eget ansvar. MedTech Europe eller Coloplast hæfter ikke for nogen form for skader eller tab, der måtte opstå som følge af brugen af denne formular eller dele af den. MedTech Europe forbeholder sig ret til at ændre eller føje til formularen eller dele af den når som helst uden varsel.* |

Ansøgningsformular til

Uddannelsestilskud eller tredjepartsorganiserede uddannelsesarrangementer

Coloplast overholder MedTech Europes regler for etisk forretningspraksis, 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)

|  |
| --- |
| **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. Enhver ansøgning, der ikke overholder disse tidsintervaller, vil 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) |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Oplysninger om ansøgeren/organisationen** | |
| Organisationens fulde navn og afdeling |  |
| Type af virksomhed (Aps., A/S eller offentlig instans) |  |
| CVR.nr/EAN.nr |  |
| Adresse |  |
| Postnummer/by |  |
| Land |  |
| Organisationens erklærede formål  (giv en beskrivelse af organisationens uddannelsesmæssige/videnskabelige formål, aktivitetsområde, vigtige projekter/samarbejde) |  |
| Hjemmeside |  |
| Ansvarlig ledelse[[2]](#footnote-2) | Fulde navn: Stilling : |
| Kontaktperson der indsender ansøgningen | Fulde navn: Stilling: Telefonnummer: Adresse: Emailadresse: |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Oplysninger vedr. ansøgningen** | |
| Tilskudstype | Støtte til tredjeparts organiserede uddannelsearrangementer / støtte til sundhedspersonales deltagelse ved tredjeparts organiserede uddannelsearrangementer  Anden form for tilskud til sundhedsorganisationer (HCOs) inklusiv stipendier, legater og tilskud til kampagner til oplysning af offentligheden |
| Terapeutiske eller diagnostiske områder | Stomi  Kontinens  Urology  Sårbehandling  Andet |
| I hvilket land skal tilskuddet anvendes? |  |
| Giv en detaljeret beskrivelse af, hvordan tilskuddet skal bruges f.eks.:   * antallet af sundhedsfaglige medarbejdere, der skal have støtte * foreslået gennemsnitligt beløb pr. sundhedsfaglige medarbejder til f.eks. flybilletter * foreslået gennemsnitligt beløb pr. sundhedsfaglige medarbejder til tilmeldingsgebyrer   Husk at vedlægge budget som bilag - se afsnit 7.  *Bemærk:*  *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.* |  |
| Ønsket finansieringsbeløb fra Coloplast |  |
| Ønsket ekstern finansiering i alt |  |
| Total beløb for aktiviteten |  |
| Bankkontooplysninger *(Denne konto skal være registreret til ansøger/organisation, der søger om tilskuddet, og ikke en enkeltperson)* | Banknavn: Reg.Nr.: Kontonr.: Bankland: Kontoindehaver: |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Oplysninger om uddannelsesarrangementet** | |
| Titel |  |
| Dato (interval) | Startdato (dd/mm/åååå) Slutdato (dd/mm/åååå) |
| Arrangementssted | By Land Hjemmeside |
| Sted | Navn: Adresse: |
| Formål med uddannelsesarrangementet: Oplys programmets varighed, formål og forventede resultat.   * Krævet bilag: Senest opdaterede program (se afsnit 7). |  |
| Undervisningsarrangementets målgruppe | Lokal  National  International |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Sundhedsfagligt personales deltagelse ved uddannelsesarrangementerne** | |
| Beskriv ansøgningsproceduren og de kriterier, der lægges til grund for udvælgelsen af de personer, der skal begunstiges af tilskudsmidlerne |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Hidtidig tilskudsstøtte** | |
| Har den ansvarlige ledelse ansøgt Coloplast om finansiering i perioden efter 1.1.2017? | JA  NEJ |
| Hvis der svares "JA", anfør venligst beløbsstørrelse, dato og formål for det bevilgede tilskud? |  |
| **6. Bemærkninger** | |
|  | |
| **7. 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 ansøgning er behandlet sendes svar til kontaktpersonen for ansøgningen. I svaret er vedlagt kontrakt til underskrift.

.

1. Coloplast A/S har revideret og tilpasset formularen. [↑](#footnote-ref-1)
2. Den ansvarlige for organisationen, som skal underskrive ansøgningen. Dette er en forudsætning for udbetaling, hvis Coloplast godkender ansøgningen. [↑](#footnote-ref-2)