

קולופלסט ישראל בע"מ

רח' המלאכה 5
בית עוגן, נתניה
4250540

טל. 09-7667030
פקס 09-7669118
www.coloplast.co.il

תניית פטור

טופס בקשת מענק זה ("הטופס") הוקן ע"י מזכירות MedTech Europe¹ כהנחיה מוצעת בלבד ואין לפרשו כיעוץ משפטי באשר לעבודות או נסיבות מסוימות כלשהן. השימוש בטופס זה או בחלקים כלשהם הימנו יהיה על פי שיקול דעתם הבלעדי של הצדדים המשתמשים. MedTech Europe או קולופלסט לא תישאנה באחריות בגין כל הפסד או נזק העלולים לנבוע מן השימוש בטופס זה או בכל אחד מחלקיו. MedTech Europe שומרת לעצמה את הזכות לשנות או לתקן את הטופס או כל חלק ממנו בכל עת ללא הודעה מוקדמת.

טופס בקשת מענק:

מענק לימודים - אירועים חינוכיים המאורגנים על ידי צד שלישי

קולופלסט מקיימת את קוד ההתנהלות העסקית האתית של MedTech Europe המגדיר כללים קפדניים, ברורים ושקופים עבור הקשר שבין התעשייה שלנו לבין אנשי מקצוע בתחום הבריאות (HCPs) וארגוני בריאות (HCOs), לרבות תמיכה בהשכלה רפואית עצמאית באמצעות מענקים. למידע נוסף אודות הקוד האתי של Europe Code of Ethics:

<https://www.ethicalmedtech.eu/wp-content/uploads/2017/09/MedTech-Europe-Code-of-Ethical-Business-Practice-QA-DG.pdf>

הוראות - נא קראו לפני מילוי הטופס

- בקשות למענקים חייבות להיות מוגשות לפחות 60 יום טרם האירוע הראשון/הפעילות הראשונה המתוכננים בצירוף כל המסמכים התומכים. עם זאת, אנו ממליצים להגיש את הבקשות למענקים לפחות 90 יום טרם האירוע הראשון/הפעילות הראשונה המתוכננים. כל בקשה אשר לא תעמוד בלוח הזמנים תידחה.
- שימו לב כי איננו מתחייבים להעניק את מלוא סכום המענק המבוקש. קולופלסט תהיה ראשית לדחות את הבקשה, לאשרה באופן מלא או לאשר סכום נמוך יותר על פי שיקול דעתה הבלעדי.
- יש להגיש את הטופס המלא לרבות כל המסמכים התומכים הדרושים באמצעות דואר אלקטרוני לכתובת הדואר האלקטרוני המופיעה [באתר](#) או לשלוח אותו באמצעות הדואר.

טופס בקשת מענק לצרכי לימודים

יש למלא את כל השדות - יש למלא את הטקסט או לסמן את התיבות.

1. פרטי המבקש	
	שם מלא של הארגון:
	ת.ח/פ.ע.מ
	כתובת הארגון:
	מדינות בהן פועל הארגון:
	משימתו של הארגון (נא תארו את המשימה החינוכית/מדעית של הארגון, תחום הפעילות, פרויקטים/שיתופי פעולה ראויים לציון)
	אתר אינטרנט
	ראש הארגון ² :
שם מלא: תפקיד בארגון:	
שם מלא: תפקיד בארגון: מספר טלפון: כתובת: כתובת דוא"ל:	מגיש הבקשה:
2. פרטי בקשת מענק	
	סוג המענק
<input type="checkbox"/> מענקי לימודים לתמיכה באירועים המאורגנים על ידי צד שלישי ו/או לתמיכה בהשתתפות של HCP באירועים חינוכיים המאורגנים על ידי צד שלישי	
<input type="checkbox"/> מענקים אחרים ל-HCOs (כולל מלגות ומענקים עבור קמפיינים להגברת המודעות הציבורית)	
	תחומים טיפוליים או אבחוניים
	המדינה בה המענק מיועד
	נא תארו את השימוש אשר ייעשה במענק, לדוגמה: <ul style="list-style-type: none"> • מספר ה-HCPs הנתמכים, • הסכום הממוצע ל-HCP עבור טיסות והוצאות, • הסכום הממוצע ל-HCP עבור דמי רישום וכ'. הערה: באופן כללי, אנו מצפים כי המענק יכסה אך ורק את העלויות הקשורות לארגון של האירוע החינוכי (לדוגמה, דמי השכירות של האתר בו מתקיים האירוע) או עלויות הרישום, הנסיעות והלינה של ה-HCPs המשתתפים. המענק לא יינתן לצורך כיסוי העלויות הקשורות לארגון פעילויות הפנאי/הבידור או עבור הזמנת בני/בנות הזוג של ה-HCPs. בנוסף, לא יינתן כל מימון לכיסוי הוצאות תפעוליות רגילות, עלויות ההפעלה של הארגון וסעיפי תקציב אחרים אשר אינם קשורים ישירות לפעילות החינוכית.
	סיכום המימון המבוקש מקולופלסט
	סכום המימון החיצוני הכולל המבוקש
	הסכום הכולל המבוקש עבור הפעילות
שם הבנק:	פרטי חשבון הבנק

המדינה בה נמצא הבנק : בעלת החשבון : מספר IBAN או מספר החשבון : קוד BIC או SWIFT :	(החשבון חייב להיות על שמו של הגוף המגיש את הבקשה ולא אדם פרטי)
--	---

3. פרטי האירוע החינוכי	
כותרת	
תאריכים (פרק הזמן)	תאריך ההתחלה (שנה/חודש/יום) : תאריך הסיום (שנה/חודש/יום) :
מיקום	עיר : מדינה : ארץ :
האתר :	שם : כתובת : אתר אינטרנט :
	מטרת האירוע החינוכי : נא תארו בפירוט את ההיקף, המטרה והתוצאה הצפויה של התוכנית. <ul style="list-style-type: none"> • המסמכים התומכים הדרושים : התוכנית המעודכנת ביותר (ראה סעיף 7).
קהל היעד לפי סוג האירוע החינוכי	<input type="checkbox"/> מקומי <input type="checkbox"/> ארצי <input type="checkbox"/> בינלאומי
האם האירוע החינוכי אושר ע"י מערכת EthicalMedtech לסינון כנסים (CVS)?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (נא פרטו למטה) הערה : ניתן למצוא מידע נוסף על המערכת ב- http://www.ethicalmedtech.eu

האירוע אינו דורש אישור של CVS משום שמדובר באירוע ארצי <input type="checkbox"/>	אם "לא", נא ציינו את הסיבה
האירוע אינו דורש אישור משום שאינו נכלל במסגרת מערכת סינון הכנסים ³ <input type="checkbox"/>	
האירוע אינו מופיע בשלב זה בלוח השנה של הכנסים ב-EthicalMedtech ⁴ <input type="checkbox"/>	
האירוע מופיע בשלב זה בסטטוס "דורש בחינה" ב-CVS <input type="checkbox"/>	
האירוע מופיע בשלב זה בסטטוס "לא עבר הערכה" ב-CVS <input type="checkbox"/>	
האירוע מופיע בשלב זה בסטטוס "מקיים את התנאים באופן חלקי" ב-CVS <input type="checkbox"/>	
האירוע עבר הערכה כ"לא מקיים את התנאים" ב-CVS <input type="checkbox"/>	
אחר (נא פרטו) <input type="checkbox"/>	

	4. השתתפות של HCPs באירועים חינוכיים
	נא תארו את נוהל הגשת הבקשות והקריטריונים על פיהם ייבחרו המוטבים של המענק
	נא ציינו את שמו ו/או תפקידו של האדם האחראי על בחירת ה-HCPs אשר ישתתפו באירועים החינוכיים
	5. מענקים קודמים
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם הארגון שלכם הגיש כבר בקשה לקולופלסט או קיבל ממנה מימון בעבר?
	אם "כן", נא ציינו את הסכום, התאריך והמטרה של המענק שהתבקש/הוענק?
	6. הערות

7. מסמכים תומכים	
	<p>נא צרפו את המסמכים התומכים הבאים לטופס זה:</p> <ul style="list-style-type: none"> • העתק מן הטיוטה העדכנית ביותר של התוכנית, סדר היום או חומר שיווקי הקשורים לאירוע החינוכי. • טיוטת תקציב המפרטת את אופן הוצאת הכספים.

הנני מצהיר/ה ומאשר/ת בחתימתי זו כי:

טופס זה מולא מטעמו של הארגון המבקש והחתומ/ה משמש כמורשה חתימה מטעמו;

המידע הנמסר באמצעות טופס זה והמסמכים התומכים בו נכון ומדויק;

בקשת המענק אינה קשורה במרומז או במפורש באופן כלשהו לרכישה, לחכירה, להמלצה, למרשם, לשימוש, לאספקה או לרכש קודמים, קיימים או עתידיים פוטנציאליים של מוצריה או שירותיה של החברה.

שם מלא + חתימה + חותמת הארגון