

Izjava o ograničenju odgovornosti

Ovaj obrazac za prijavu zahtjeva za potporu ("obrazac") pripremio je Tajništvo MedTech Europe¹ samo kao predloženi vodič i ne smije ga se tumačiti kao pravni savjet za određene činjenice ili okolnosti. Korištenje ovog obrasca ili bilo kojeg njegovog dijela bit će po vlastitom nahođenju i riziku korisnika. MedTech Europe neće biti odgovoran za bilo kakav gubitak ili štetu koja može nastati uslijed korištenja ovog Obrasca ili bilo kojeg dijela istog. MedTech Europe pridržava pravo izmjene ili dopune Obrasca ili njihovih dijelova u bilo koje vrijeme bez prethodne obavijesti.

Obrazac za prijavu zahtjeva za potporu:

Obrazovna potpora - Organizirani obrazovni događaji treće strane

Coloplast se pridržava Pravilnika o etičnom poslovanju MedTech Europe kojim se postavljaju stroga, jasna i transparentna pravila za odnos naše industrije sa zdravstvenim stručnjacima (ZS) i zdravstvenim organizacijama (ZO), uključujući podršku nezavisnom medicinskom obrazovanju putem potpora. Za više informacija o Etičkom kodeksu MedTech Europe:

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

Upute - molimo vas pročitajte prije ispunjavanja obrasca

- Zahtjevi za dodjelu potpore moraju se podnijeti najmanje 60 dana prije prvog događaja/aktivnosti, uz svu priloženu popratnu dokumentaciju. Međutim, preporučujemo da se Prijava za dodjelu potpore podnese 90 dana prije prvog događaja/ aktivnosti. Svaka prijava koja ne udovoljava ovom vremenskom okviru bit će odbijena.
- Imajte na umu da ne postoji nikakva garancija da će svi traženi iznosi biti odobreni. Coloplast može odbiti, odobriti u cijelosti ili odobriti niži iznos po svojoj apsolutnoj diskreciji.
- Popunjeni obrazac koji sadrži sve potrebne popratne dokumente mora se poslati e-poštom na adresu e-pošte navedenu na web stranici.

1. 1. Podaci o podnositelju zahtjeva

Puno ime/naziv	
Operativna struktura / pravni status (npr. Corp, GmbH, A / S, Ltd., d.d., d.o.o. itd.)	
Porezni broj	
Adresa	
Grad registracije	
Zemlja glavne djelatnosti	
Misija organizacije (molimo navedite opis obrazovne / znanstvene misije organizacije, područje djelovanja, značajne projekte / suradnje)	
Web stranica	
Voditelj organizacije ²	Puno ime: Pozicija unutar organizacije:
Kontakt osoba koja podnosi zahtjev	Puno ime: Pozicija unutar organizacije: Telefonski broj: Adresa: Adresa e-pošte:

¹ Coloplast je prilagodio ovaj obrazac

² Voditelj organizacije je osoba koja će morati potpisati Ugovor o potpori koji je uvjet za plaćanje, ako Coloplast odobri prijavu.

2. Pojediniosti zahtjeva za potporu	
Vrsta potpore	<p>Obrazovna potpora za podršku obrazovnom događanju treće strane ili podrška ZS za sudjelovanje na organiziranom događanju treće strane</p> <p>Druge obrazovne potpore ZO (uključujući školarine i obrazovne potpore za kampanje podizanja javne svijesti)</p>
Terapijska ili dijagnostička područja	
Zemlja u kojoj će Potpora biti korištena	
<p>Navedite detaljan opis načina korištenja Potpore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • broj ZS-a koji će biti podržani • prosječni iznos predložen za letove zdravstvenih stručnjaka i druge troškove • prosječni iznos predložen po zdravstvenom stručnjaku za registracijske pristojbe itd. <p>Potrebna prateća dokumentacija: Pregled proračuna (vidi odjeljak 7.)</p> <p>Napomena: <i>Općenito, prihvaćamo da Potpora pokriva isključivo troškove vezane za organizaciju Obrazovnog događaja (npr. najam prostora u kojem se događaj održava) ili troškove prijave, putovanja i smještaja zdravstvenih stručnjaka - sudionika. Potpora neće biti osigurana za pokrivanje troškova povezanih s organizacijom slobodnih/zabavnih aktivnosti ili za poziv supružnika/partnera zdravstvenih stručnjaka. Osim toga, neće se osigurati sredstva za pokrivanje redovnih troškova poslovanja, troškova organizacije i ostalih proračunskih stavki koji nisu izravno povezani s obrazovanjem.</i></p>	
Iznos financiranja zatražen od Coloplasta	HRK
Iznos ukupno zatraženog vanjskog financiranja	HRK
Ukupni iznos troška za aktivnost	HRK
<p>Podaci o bankovnom računu (To mora biti račun u ime tijela koje podnosi prijavu, a ne pojedinac)</p>	<p>Naziv banke:</p> <p>Zemlja banke:</p> <p>Nositelj računa:</p> <p>IBAN broj:</p> <p>BIC ili SWIFT kod:</p>

3. Detalji o obrazovnom događaju	
Naziv	
Datumi	Početni datum (dd/mm/gggg): Završni datum (dd/mm/gggg):
Lokacija	Grad: Županija: Država:
Mjesto održavanja	Ime: Adresa: Web stranica:
<p>Cilj Obrazovnog događaja: navedite detaljan opis opsega, svrhe i predviđenog ishoda programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> Potrebna prateća dokumentacija: najnoviji program (vidi odjeljak 7.) 	
Ciljana publika putem Obrazovnog događaja	Lokalna Nacionalna Internacionalna
<p>Je li obrazovni događaj odobren od strane EthicalMedtech Conference Vetting sustava provjere (CVS)?</p> <p>Napomena: Više informacija o sustavu dostupno je na adresi http://www.ethicalmedtech.eu/</p>	<p>DA</p> <p>NE (molimo objasnite u nastavku)</p>
Ako je odgovor „NE“, molimo navedite razlog	<p>Događaj ne zahtijeva odobrenje EthicalMedtech sustava za etičku provjeru (CVS) jer je nacionalni događaj</p> <p>Događaj ne zahtijeva odobrenje jer ne spada u djelokrug EthicalMedtech sustava za etičku provjeru (CVS)³</p> <p>Događaj trenutno nije naveden na kalendaru konferencija EthicalMedtech⁴</p> <p>Događaj je trenutno naveden u statusu "TO BE REVIEWED" (za provjeru) u EthicalMedtech sustava za etičku provjeru (CVS)</p> <p>Događaj je trenutno naveden u statusu "NOT ASSESSED" (nije procijenjen) u EthicalMedtech sustava za etičku provjeru (CVS)</p> <p>Događaj je trenutno naveden u statusu "PARTIALLY COMPLIANT" (djelomično sukladan) u EthicalMedtech sustava za etičku provjeru (CVS)</p> <p>Događaj je trenutno naveden u statusu "NOT COMPLIANT" (nije sukladan) u EthicalMedtech sustava za etičku provjeru (CVS)</p> <p>Ostalo (molimo navedite)</p>

³ Vidi djelokrug na: <https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/eligibility-scope/>

⁴ Vidi kalendar na: <https://www.ethicalmedtech.eu/>

4. Sudjelovanje ZS-a na obrazovnim događajima	
Molimo opišite postupak prijave i kriterije na temelju kojih će se odabrati korisnici potpore	
Navedite ime i/ili položaj osobe koja je odgovorna za odabir ZS-ova za pohađanje Obrazovnih događaja	
5. Prethodna potpora	
Je li se vaša organizacija već prijavila ili primila sredstva od Coloplasta?	DA NE
Ako je odgovor „DA“, navedite iznos, datum i svrhu tražene/dodijeljene potpore?	Iznos: Datum: Svrha:
6. Primjedbe	
7. Popratna dokumentacija	
Molimo priložite sljedeće popratne dokumente ovom obrascu: <ul style="list-style-type: none"> • Kopija najnovijeg nacrta programa, dnevnog reda ili komunikacijskog materijala koji se odnosi na Obrazovni događaj • Prijedlog proračuna koji će utvrditi kako će sredstva biti potrošena 	

Izjavljujem:

ovaj je obrazac ispunjen u ime organizacije koja traži zahtjev;

informacije navedene u ovom obrascu i popratnim dokumentima su istinite i točne;

Zahtjev za dodjelu potpore nije implicitno ni eksplicitno povezan ni na koji način s prošlom, sadašnjom ili potencijalnom budućom kupnjom, zakupom, preporukom, upotrebom, isporukom ili nabavom proizvoda ili usluga Društva.