Jogi nyilatkozat

A támogatási kérelem jelentkezési lap („Űrlap”) készítője a MedTech Europe Titkársága1, kizárólag útmutatóként ajánlott és nem értelmezhető jogi tanácsként a tények és körülmények tekintetében. Teljes vagy részleges felhasználása a felek saját megfontolása szerint és saját kockázatukra történik. MedTech Europe és Coloplast nem tehető felelőssé bármely veszteség vagy kár miatt, amely az űrlap felhasználásából következhet. MedTech Europe fenntartja az űrlap mindenkori megváltoztatási és kiegészítési jogát előzetes értesítések nélkül.

Támogatási Kérelem Jelentkezési Űrlap:

Szakmai Továbbképzési Támogatás – Kongresszusszervezők (3.fél) Rendezvényei

Coloplast betartja a MedTech Europe Szabályzatát az Etikus Üzleti Gyakorlatról, amely szigorú, egyértelmű és átlátható módon szabályozza az iparági kapcsolattartást az egészségügyi szakemberekkel (HCP) és az egészségügyi szervezetekkel (HCO), ideértve a független gyógyászati célú képzések támogatását pályázati kérelem alapján. MedTech Europe Etikai Kódexéről itt olvashat többet: <https://www.ethicalmedtech.eu/wpcontent/uploads/2017/09/MedTech-Europe-Code-of-Ethical-Business-Practice-QA-DG.pdf>

**Tájékoztató - Kérjük, olvassa el, mielőtt kitölti az űrlapot**

A támogatási kérelem benyújtása előzze meg legalább 60 nappal a rendezvény/ aktivitás kezdetét és tartalmazza az összes támogatási dokumentációt csatolmányként. Javasoljuk, hogy a támogatási kérelem benyújtása 90 nappal előzze meg a rendezvényt/ aktivitást. A határidő figyelmen kívül hagyása a támogatás visszautasításával jár.

Vegye tekintetbe, hogy a kérelem teljeskörű támogatása nem garantált. Coloplast saját belátása szerint dönthet úgy, hogy visszautasítja, illetve teljes vagy alacsonyabb összegben hagyja jóvá a támogatást.

A kitöltött űrlap és a szükséges csatolmányok benyújthatók az [edugranthu@coloplast.com](mailto:edugranthu@coloplast.com) címre vagy postai címünkre: Coloplast A/S Magyarországi Képviselet, 2049 Diósd, Álmos fejedelem u.27.

**Minden mezőt ki kell tölteni – szöveggel vagy kijelöléssel**

1.Pályázó adatai

Teljes neve

Szervezet jogállása (pl. egyesület, KFT, stb.)

Adószáma

Címe (utca, házszám)

Város (székhely)

Főtevékenység szerinti országa

A szervezet oktatási/tudományos céljai, tevékenységei, nagyobb projektek, együttműködések leírása

Honlap címe

Szervezet vezető képviselője2 Teljes neve:

Beosztása a szervezetben:

Kapcsolattartó, a kérelem benyújtó Teljes neve:

Beosztása a szervezetben:

Telefonszáma:

Címe:

e-mail címe:

1. Coloplast adaptálta és módosította ezt az űrlapot
2. A szervezet vezető képviselője írja alá a Támogatási Szerződést, amely a kifizetés feltétele, miután jóváhagyásra kerül ez a kérelem a Coloplastnál.
3. Kért támogatás részletei

Pályázat típusa

* Továbbképzési Támogatás Kongresszusszervező (3.fél) Rendezvényéhez/ vagy egészségügyi szakember (HCP) részvételének a támogatása Kongresszusszervező (3.fél) Rendezvényén
* Egyéb oktatási támogatás egészségügyi szervezetnek (ideértve tudományos/ tanulmányi ösztöndíjak, népegészségügyi kampány támogatása)

Terápiás vagy diagnosztikai területek

Az ország, ahol a támogatást felhasználják:

Részletes leírás a támogatás felhasználásáról, például

-A támogatott egészségügyek szakemberek száma

-Tervezett utazási és egyéb költségek átlaga/ fő

-Tervezett regisztrációs díjak stb./fő

Kért kísérő dokumentumok: költségvetési összefoglaló (ld. 7.pont)

Megjegyzés:

Általánosságban támogathatók a továbbképző rendezvény szervezéssel kapcsolatos költségek (pl. terembérlet) ill. regisztrációs költség, résztvevő szakemberek szállás és utazási költsége. A támogatás nem fedezheti a szabadidős/ szórakoztató tevékenységek költségét vagy a résztvevő házastársának/partnerének a meghívását. Nem nyújtható támogatás a szervezet működési költségeihez, illetve olyan kiadásokhoz, amelyek nem függenek össze a továbbképzéssel.

Coloplasttól kért támogatás összege

Külső támogatási források teljes összege

Az aktivitás teljes költségigénye

Bankszámla adatok

(A szervezet számlavezető bankja nem a pályázó személyé)

Bank neve:

Bank országa:

Számlatulajdonos:

Számlaszám:

1. Továbbképző rendezvény adatai

Megnevezése

Dátumok (időtartam) Kezdés dátuma (év, h, nap)

Zárás dátuma (év, h, nap)

Helyszín Város:

Ország:

Rendezvény helye Intézménynév

Pontos cím

Helyszín honlap címe

Továbbképzési célok:

Kérjük, részletezze a szakterületet, a programban kitűzött célokat, elvárt eredményeket

Kért dokumentáció: friss program (lásd 7.pont)

Rendezvény közönsége

* helyi
* országos
* nemzetközi

1. Egészségügyi szakemberek (HCPs) részvétele Továbbképző Rendezvényen

Írja le a jelentkezés folyamatát és feltételeit, amely szerint kiválasztják a Támogatásban részesülő személyeket

Adja meg a nevét ill. beosztását a személynek, aki felelős a rendezvényen résztvevő egészségügyi szakemberek kiválasztásáért

1. Korábbi pályázati támogatások

Coloplast pályázatot már benyújtott vagy kapott korábban ilyen támogatást? Igen

Nem

Ha igen, milyen összegben, mikor és milyen célból kért/ kapott támogatást?

1. Megjegyzések
2. Kísérő dokumentumok

Kérjük csatolni az alábbi okmányokat a kérelem mellé

* Frissített program vázlatot, tématervet vagy értesítőt a továbbképző rendezvényről
* Költségvetést a források felhasználási tervével

Nyilatkozom, hogy

az űrlapot a pályázó szervezet részére töltöttem ki;

a megadott információk és kísérő dokumentumok valósak és pontosak;

A támogatási kérelem sem közvetlen sem közvetett kapcsolatban nem áll semmilyen módon Coloplast gyártmányok vagy szolgáltatások régebbi, jelenlegi,

lehetséges jövőbeli vásárlásával, bérlésével, ajánlásával, használatával, ellátásával vagy beszerzésével.