Przed wypełnieniem i podpisaniem tego formularza należy zapoznać się z dostęp[nymi na](http://uk.gsk.com/en-gb/healthcare-professionals/) naszej stronie internetowej informacjami na temat procesu i kryteriów przyznawania grantów edukacyjnych GSK ([Niezależna Edukacja Medyczna](https://pl.gsk.com/pl/%C5%9Brodowisko-medyczne/niezale%C5%BCna-edukacja-medyczna/)). Aby złożyć wniosek należy wypełniony i podpisany formularz przesłać do GSK.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł proponowanej inicjatywy edukacyjnej** |  |
| **Całkowita wnioskowana kwota** | PLN  |

Do wniosku należy dołączyć podpisany przez Wnioskodawcę list na papierze firmowym Państwa organizacji, z prośbą do GSK o rozpatrzenie wniosku o udzielenie wsparcia.

1. **Dane podmiotu świadczącego niezależną edukację medyczną (Wnioskodawcy)**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa organizacji oraz numer KRS |  |
| Typ organizacji | Należy wybrać najlepiej pasujący opis[ ]  Uczelnia kształcąca przedstawicieli zawodów medycznych[ ]  Towarzystwo naukowe[ ]  Instytucja opieki zdrowotnej zatrudniająca przedstawicieli zawodów medycznych (szpital, klinika)[ ]  Instytucja prowadząca kształcenie podyplomowe przedstawicieli zawodów medycznych[ ]  Fundacja prowadząca szkolenia dla przedstawicieli zawodów medycznych |
| Czy reprezentują Państwo organizację ochrony zdrowia? |  [ ]  Tak [ ]  Nie*Organizacja ochrony zdrowia: Każdy podmiot będący stowarzyszeniem lub organizacją o charakterze zdrowotnym, medycznym lub naukowym, np. towarzystwo naukowe, szpital, fundacja, uniwersytet lub inna posiadająca w statucie prowadzenie działalności edukacyjnej (z wyjątkiem organizacji pacjentów).* |
| Opis organizacji*Proszę uwzględnić strukturę prawną, cel i roczne przychody.* *Jeśli organizacja świadczy usługi zarówno w zakresie marketingu, jak i niezależnej edukacji, należy załączyć dowody na to, że usługi edukacyjne są niezależne, na przykład schemat struktury organizacyjnej, certyfikat akredytacyjny wydany przez uprawnioną jednostkę*  | Opis organizacji:Czy organizacja świadczy usługi zarówno w zakresie marketingu, jak i niezależnej edukacji? |
| [ ]  Nie | [ ]  Tak*Proszę załączyć dowody potwierdzające, że usługi edukacyjne są niezależne* |
| *Czy wnioskowana kwota (wraz ze wszystkimi innymi transferami wartości od GSK w bieżącym roku) przekracza 25% rocznego przychodu Państwa organizacji? (w oparciu o średni przychód z poprzedniego roku i plan finansowy na bieżący rok)* |  |  |
| [ ]  Nie |  [ ]  Tak [ ]  >25% [ ]  >50% |
| Dane osoby do kontaktu, adres do korespondencji i do rozliczeń | Imię i Nazwisko: |  |
| Adres |  |
| Email |  |
| Tel |  |

1. **Deklaracja konfliktu interesów**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy Pan/Pani, znaczący akcjonariusze/ wspólnicy/ beneficjenci rzeczywiści1 , założyciele (jeżeli są obecni) lub wyższe kierownictwo:1. pełni funkcję spełniającą definicję funkcjonariusza publicznego2 , który ze względu na sprawowaną funkcję może wpływać na zakup produktów GSK lub zapewnić korzyść Pana/Pani przedsiębiorstwu lub GSK?
2. w okresie dwóch ostatnich lat piastował stanowisko funkcjonariusza publicznego, mającego wpływ na decyzje lub działania dotyczące planowanej umowy lub działalności gospodarczej GSK lub jej podmiotów powiązanych?
3. zajmuje stanowisko związane z doradztwem, wywieraniem wpływu na decyzje lub podejmowaniem decyzji w sprawie:
* regulacji rynku leków;
* zamówień na produkty lecznicze;
* finansowania świadczenia usług ochrony zdrowia?
1. posiada większościowy udział w kapitale lub kontroli innego podmiotu, który może mieć wpływ na działalność prowadzoną przez GSK?
2. Czy Pan/Pani, znaczący akcjonariusze/ wspólnicy/ beneficjenci rzeczywiści, założyciele (jeżeli są obecni) lub wyższe kierownictwo mają wśród członków najbliższej rodziny (np. małżonek, dzieci, rodzice, rodzeństwo) osoby należące do którejś z powyższych kategorii?
3. Czy są jeszcze inne informacje dotyczące ewentualnego konfliktu interesów, do których nie odnoszą się pytania zawarte w powyższym formularzu?
 | [ ]  Nie [ ]  Tak – proszę podać szczegóły poniżej:[ ]  Nie [ ]  Tak – proszę podać szczegóły poniżej:[ ]  Nie [ ]  Tak – proszę podać szczegóły poniżej:[ ]  Nie [ ]  Tak – proszę podać szczegóły poniżej:[ ]  Nie [ ]  Tak – proszę podać szczegóły poniżej:[ ]  Nie [ ]  Tak – proszę podać szczegóły poniżej: |
| 1 „Beneficjent rzeczywisty” zgodnie z definicją oznacza osobę fizyczną, która bezpośrednio lub pośrednio (za pośrednictwem innego podmiotu lub podmiotów) – jest ostatecznym właścicielem lub sprawuje ostateczną kontrolę nad Podmiotem Zewnętrznym. Ujawnieniu podlega wyłącznie tożsamość osób, których łączny udział w kontroli lub majątku Podmiotu wynosi co najmniej 25%.2 Pojęcie „publiczny” i „państwowy” odnosi się do publicznych organizacji międzynarodowych (np. Światowej Organizacji Zdrowia lub Organizacji Narodów Zjednoczonych) oraz wszystkich poziomów i struktur władz państwowych, tj. lokalnych, regionalnych, krajowych, administracyjnych, legislacyjnych, wykonawczych lub sądowych, a także rodzin królewskich lub panujących, przedsiębiorstw państwowych i innych podmiotów pozostających pod kontrolą państwa. |

1. **Propozycja grantu edukacyjnego**

|  |
| --- |
| **Propozycja edukacyjna dotyczy następujących obszarów terapeutycznych wskazanych przez GSK**  |
| [ ]  Choroby układu oddechowego | [ ]  Szczepionki | [ ] Onkologia | [ ]  HIV |
| **Program edukacyjny koncentruje się na następujących obszarach chorobowych wybranych przez GSK** |
| [ ]  Astma  | [ ]  Szczepienia dzieci  | [ ]  Szczepienia dorosłych | [ ]  Rak jajnika[ ]  Szpiczak mnogi[ ]  Rak endometrium | [ ]  HIV |
|  | [ ]  Błonica[ ]  Tężec[ ]  Krztusiec[ ]  Odra[ ]  Świnka[ ]  Różyczka[ ]  Polio[ ]  Haemophilus influenzae  | [ ]  Choroby pneumokokowe[ ]  Choroby meningokokowe[ ]  Wirus brodawczaka ludzkiego [ ]  Rotawirusy[ ]  Ospa wietrzna[ ]  Wirusowe zapalenie wątroby typu A i B[ ]  Półpasiec |  |  |
|  | ☐ Ogólne zagadnienia dotyczące szczepień, Program obejmujący wiele chorób☐ Edukacja na temat szczepień☐ Inne, proszę podać: |  |  |

|  |
| --- |
| **Zidentyfikowana potrzeba edukacyjna pracowników służby zdrowia** |
| * *Należy zawrzeć dogłębną i popartą dowodami ocenę zidentyfikowanych braków w wiedzy i kompetencjach pracowników służby zdrowia, którzy mają być adresatami proponowanej inicjatywy edukacyjnej*
* *Za dowody mogą posłużyć np. wywiady z ekspertami/referencje/badania rynku/dane z publikacji branżowych, uznane w kraju artykuły lub zanonimizowane, zagregowane analizy kart pacjentów.*
* Maksymalnie 1500 słów
 |

|  |
| --- |
| **Opis projektu edukacyjnego** |
| **Cel edukacji*** *Proszę jasno określić konkretne, wymierne cele edukacji odpowiadające zidentyfikowanym potrzebom edukacyjnym i oczekiwanym zmianom w poziomie wiedzy lub osiągnięć odbiorców.*

**Format projektu edukacyjnego*** *Należy przedstawić opis formatu edukacyjnego np. szczegółowy opis programu cyklicznych spotkań edukacyjnych według ustalonego scenariusza (z wykorzystaniem, gdzie to odpowiednie interaktywnych i innowacyjnych formatów) przeznaczonego do pogłębiania wiedzy pracowników służby zdrowia, poprawy ich umiejętności a także stanu zdrowia pacjentów. Opis projektu powinien być przygotowany w oparciu o niżej wymienione punkty oraz nie przekraczać 1500 słów*

**Punkty edukacyjne** • W przypadku certyfikowanych programów edukacyjnych, należy podać dane organu akredytującego i załączyć do wniosku stosowny certyfikat.**Grupa docelowa (szacowana liczba i specjalizacja odbiorców)*** *Proszę podać szacunkową liczbę i specjalizacje proponowanych odbiorców oraz informację, jak zostaną poinformowani o inicjatywie.*
 |
| **Ocena poprawy stanu wiedzy**  |
| Oczekiwany poziom zmiany wiedzy w wyniku programu edukacyjnego |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wyniki edukacji | Opis | Źródło danych |
| Zdobywanie wiedzy proceduralnej (poziom 3b) | Stopień, w jakim uczestnicy potrafią powiedzieć ***jak*** zrobić to, co po programie edukacyjnym powinni umieć robić. | **Obiektywne**: testy wiedzy przed i po**Subiektywne**: własna ocena zdobytej wiedzy |
| Zdobywanie wiedzy deklaratywnej (poziom 3a) | Stopień, w jakim uczestnicy potrafią powiedzieć ***co*** powinni umieć robić po programie edukacyjnym. | **Obiektywne**: testy wiedzy przed i po**Subiektywne**: własna ocena zdobytej wiedzy |

 |
| *Proszę opisać jak będą mierzone wyniki programu edukacyjnego, wykazać związek pomiędzy edukacją a ewaluacją i wskazać, jak będą oceniane i komunikowane rezultaty.* *Do oceny zmiany poziomu wiedzy może np. służyć test przed i po spotkaniu, dzięki czemu można ocenić postępy uczestników.* |
| **Popularyzacja wiedzy oraz wyników programu edukacyjnego**  |
| *Proszę opisać planowane działania komunikacyjne w zakresie popularyzowania wiedzy i wyników programu edukacyjnego wśród szerszego grona fachowych pracowników ochrony zdrowia*  |
| W przypadku przyznania grantu zobowiązuję się do dostarczenia raportu podsumowującego przeprowadzony program edukacyjny i uzyskane wyniki oraz wyrażam zgodę na opublikowanie raportu na stronie internetowej GSK. [ ]  Tak |

1. **Budżet**

*Budżet powinien zawierać informacje na temat honorariów i kosztów wykładowców.*

*Koszty podróży i bieżące wydatki uczestników nie będą pokrywane.*

*Spotkania nie mogą się odbywać w obiektach kategorii wyższej niż 4\*.Zakres gościnności powinien być uzasadniony programem merytorycznym. Limit gościnności nie może przekroczyć 60 zł brutto na uczestnika spotkania.*

*Przy kosztach osobowych należy podać stawkę godzinową/dzienną oraz liczbę godzin/dni.*

*Poniżej znajduje się przykład, który należy zaadaptować zgodnie z własnymi potrzebami.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Pozycja budżetu | Stawka godzinowa | Liczba godzin | Ogółem  | Dodatkowy opis wydatku |
| Logistyka (np. miejsce) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Materiały i aktywności generujące frekwencję (np. zaproszenia, ulotki, dystrybucja elektroniczna) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Koszty wykładowców (np. honoraria, podróż, zakwaterowanie) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Opracowanie materiału edukacyjnego (np. webcasty, moduły e-learningowe, slajdy, publikacje) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Opłaty akredytacyjne |
|  |  |  |  |  |
| Ogółem |  |

1. **Szczegółowe informacje dotyczące płatności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szczegóły rachunku bankowego***Płatność musi być przekazana na rzecz organizacji, a nie na konto indywidualne* | Nazwa posiadacza rachunku |  |
| Numer konta |  |

1. **Deklaracja - zgoda na upublicznienie danych**

W przypadku przyznania grantu edukacyjnego przez GSK, wyrażam zgodę w imieniu wnioskującej organizacji/instytucji na upublicznienie danych na temat faktu przyznania grantu edukacyjnego, przyznanej kwoty, przeznaczenia przekazanych funduszy oraz wyników projektu na stronie internetowej GSK oraz korporacyjnych stronach internetowych grupy GSK.

[ ]  Tak [ ]  Nie

1. **Oświadczenie**

Oświadczam, że – zgodnie z moją najlepszą wiedzą – informacje zawarte w tym formularzu są prawdziwe, poprawne oraz kompletne. Potwierdzam również, że zapoznałem/am się z zapisami umowy „Umowa o udzielenie wsparcia finansowego (grantu) na niezależny program edukacyjny” oraz wzorem raportu podsumowującego wydarzenie i zobowiązuje się do realizacji programu zgodnie z wymaganiami zawartymi w wyżej wymienionych dokumentach. Oświadczam również, że w związku z planowaną realizacją inicjatywy edukacyjnej nie wiąże się bezpośrednia lub pośrednia promocja produktów firmy GSK lub innej firmy.

Oświadczam, że jestem osobą upoważnioną do reprezentowania Wnioskodawcy i podpisywania oświadczeń woli w jego imieniu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko |  | Podpis |  |
| Stanowisko |  | Data |  |

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Informujemy, że powyższe dane osobowe w zakresie niezbędnych danych kontaktowych będą przetwarzane przez administratora danych: GSK Commercial Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Rzymowskiego 53, 02 – 697 Warszawa, w ramach usprawiedliwionego celu administratorów danych, którymi są ocena ryzyka dla działalności GSK w związku z potencjalnym podjęciem współpracy z Państwa organizacją i podjęcie tej współpracy na rynku polskim oraz związane z nimi niezbędne formy kontaktu. Wstępna analiza określa, na potrzeby wewnętrzne GSK, poziom ryzyka wskazujący na konieczność przeprowadzenia dalszych sprawdzeń Państwa organizacji.

Ustalenia te są niezbędnym elementem procedur kontrolnych GSK w zakresie w szczególności przeciwdziałania łapownictwu i korupcji.

Zebrane dane będą przechowywane i przetwarzane zgodnie z właściwymi przepisami w zakresie ochrony danych osobowych. Zostaną one ujawnione osobom posiadającym prawo do wglądu oraz rzeczywistą potrzebę biznesową, prawną lub wynikającą z konieczności zachowania zgodności z przepisami. Do takich osób mogą należeć partnerzy biznesowi GSK.

Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie do celów określonych powyżej. Może Pan/Pani w dowolnym czasie zażądać kopii przechowywanych przez GSK informacji dotyczących Pana/Pani osoby oraz wybranych informacji na temat sposobu przetwarzania tych informacji przez GSK.  Może Panu/Pani również przysługiwać prawo do usunięcia Pana/Pani danych osobowych, przekazania ich innemu administratorowi lub ograniczenia bądź sprzeciwu wobec przetwarzania Pana/Pani danych osobowych przez GSK w określonych okolicznościach. W przypadku pytań związanych z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych przez GSK, w tym dotyczących możliwości wykonania przysługującego Panu/Pani prawa do informacji, prosimy o skorzystanie z danych kontaktowych, którymi Pan/Pani dysponuje o odpowiedniej spółce GSK. Jeżeli uzna Pan/Pani, że Pana/Pani prawo do prywatności zostało naruszone lub ucierpiał Pan/Pani w wyniku bezprawnego przetwarzania danych osobowych przez GSK, to ma Pan/Pani także prawo do złożenia do skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale może być niezbędne do podjęcia współpracy z GSK.

Informacje te mogą być przechowywane lub przetwarzane przez firmę GSK, jej podmioty stowarzyszone, a także przez wybranych niezależnych podwykonawców GSK na całym świecie, w tym także w krajach, w których przepisy dotyczące ochrony danych i prywatności mogą nie być równoważne lub mogą zapewniać niższy poziom ochrony niż przepisy obowiązujące na terytorium Polski. GSK podejmuje jednak właściwe środki prawne, organizacyjne i techniczne w celu zapewnienia ochrony Pana/Pani danych osobowych w stopniu zgodnym z przepisami w zakresie ochrony danych i bezpieczeństwa obowiązującymi na terytorium Unii Europejskiej. W przypadku korzystania z usług zewnętrznego usługodawcy GSK dokona starannej selekcji i zobowiąże danego usługodawcę do stosowania właściwych środków w celu ochrony poufności i bezpieczeństwa danych osobowych.

Może Pan/Pani zażądać kopii stosowanych środków, kontaktując się ze wskazaną powyżej osobą do kontaktu z GSK lub na adres podmiotu GSK podany powyżej. GSK będzie przechowywać Pana/Pani dane przez okres 10 lat.

W przypadku jakichkolwiek pytań lub żądań dotyczących przetwarzania Państwa danych osobowych bądź też próśb o dodatkowe informacje prosimy o kontakt pod adresem:

Inspektor Ochrony Danych GSK w Polsce: PL.CPA@gsk.com

**Dziękujemy za złożenie wniosku**

**Wyłącznie do użytku wewnętrznego GSK**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer referencyjny Grantu |  |
| Data wpłynięcia wniosku do GSK |  |
| Data oceny wniosku przez Komitet ds. Darowizn |  |
| Decyzja Komitetu ds. Darowizn | [ ]  Przyznano grant [ ]  Nie przyznano grantu |
| Przyznana kwota |  |
| Podpis przewodniczącego Komitetu ds. Darowizn |  |
| Data poinformowania Wnioskodawcy o decyzji |  |

SUPP-2008830, październik 2020