Przed wypełnieniem i podpisaniem tego formularza należy zapoznać się z dostępnymi na naszej stronie internetowej informacjami na temat procesu i kryteriów przyznawania grantów edukacyjnych GSK ([Niezależna Edukacja Medyczna](https://pl.gsk.com/pl-pl/odpowiedzialnosc/wspolpraca-ze-srodowiskiem-medycznym/#tab-1-4)). 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. Wydatki takie powinny odpowiadać godziwej wartości rynkowej tego rodzaju usług i odzwierciedlać skromny wariant podróży, zakwaterowania lub wyżywienia.*

*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](mailto: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 2022