**ЗАПРОС НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОЖЕРТВОВАНИЯ**

**В ООО «РОШ ДИАБЕТЕС КЕА РУС»**

ООО «Рош Диабетес Кеа Рус» (далее – Компания) активно взаимодействует с медицинским и пациентских сообществами, включая независимые образовательные активности и мероприятия по повышению осведомленности населения о заболевании в соответствии с применимым законодательством, индустриальными требованиями и внутренними стандартами Компани.

Подробно:

* <http://www.medtecheurope.org/industry-themes/topic/93>
* <https://www.roche.com/about/governance/code_of_conduct.htm>
* <http://imeda.ru/netcat_files/userfiles/IMEDA_-_Code_of_Ethical_Business_Practice_2019_FINAL_RUS_10.12.19_red_02.20.pdf>

|  |
| --- |
| **Инструкция – Пожалуйста, прочитайте перед заполнением формы*** Запрос на предоставление пожертвования должен быть подан за 60 календарных дней до начала мероприятия/активности вместе со всеми необходимыми документами. Запросы, направленные после указанного срока, не подлежат рассмотрению.
* Получение Компанией запроса на предоставление пожертвования не гарантирует предоставление Компанией пожертвования. Компания оставляет за собой право проводить оценку полученного запроса, отказать в предоставлении пожертвования или предоставить пожертвование в меньшем объеме.
* Заполненная форма, подписанная уполномоченным лицом и заверенная печатью организации, а также дополнительные документы в отсканированном виде должны быть направлены на адрес электронной почты: dc.medicalgrants@roche.com. В случае получения положительного решения и заключения контракта, оригинал настоящей формы должен быть предоставлен Компании вместе с подписанным контрактом.
 |

|  |
| --- |
| **1. Информация о запрашивающей Стороне** |
| Название организации |   |
| Организационно-правовая форма |   |
| ИНН |   |
| Адрес |   |
| Направление деятельности  |   |
| Веб-сайт |   |
| Руководитель организации  | ФИО: Должность:  |
| Контактное лицо по запросу | ФИО: Должность: Тел.: Адрес электронной почты:   |
| 2. Информация о запросе  |
| Тип активности, на которое запрашивается финансирование/ поддержки | [ ]  Финансирование участия Специалистовздравоохранения в Обучающих мероприятиях,организованных Запрашиваемой стороной[ ]  Организация обучающего мероприятия для Специалистов здравоохранения[ ]  Стипендии для высшего образования иСтипендии для постдипломного обучения[ ]  Проведение кампаний по повышению осведомленности населения[ ]  Прочее (пожалуйста, уточните)  |
| Тип финансирования/ поддержки | [ ]  Пожертвование в денежной форме [ ] Другое (уточните)  |
| Терапевтическое направление |   |
| Страна, в которой планируется реализовать активность/ провести мероприятие  |   |
| Пожалуйста, предоставьте подробное описание, каким образом планируется использовать пожертвование * Необходимо предоставить смету планируемых расходов

*Расходы могут быть связаны только с организацией мероприятия/ активности (например, аренда помещения) или расходы на регистрационный взнос участников, проезда, проживания. Компания не предоставляет пожертвование на финансирование развлекательных мероприятий или участия лиц, сопровождающих специалистов здравоохранения, на мероприятиях. Кроме того, Компания не финансирует административно-хозяйственные расходы организаций.* |   |
| Организатор мероприятия  |   |
| При организации мероприятия планируется привлечение третьих лиц  | [ ] Да[ ] Нет |
| Если Вы выбрали «Да», уточните название организаций, ее ИНН, цель взаимодействия, а также проводится ли оценка благонадежности данных третьих лиц |   |
| Сумма финансирования, запрошенная у Компании (в российских рублях) |   |
| Общая стоимость мероприятия (в рублях) |   |
| Доля финансирования, которое запрошено у Компании, от общей стоимости мероприятия  |   |
| Информация о сотрудниках, которые обеспечивают контроль за целевым использованием финансирования  |   |
| Расходы на целевые мероприятия, которые указаны в Отчете о целевом использовании полученных средств за предыдущий отчетный период |   |
| Банковские реквизиты Организации  |   |
| Банковские реквизиты Организатора, если Организация не является Организатором |   |
| **3. Информация об активности**  |
| Название |   |
| Даты проведения | Дата начала (дд/мм/гггг): Дата окончания (дд/мм/гггг):  |
| Место | Город: Страна:  |
| В случае, если город проведения мероприятия отличается от места деятельности организации необходимо предоставить обоснование |   |
| Площадка | Название: Адрес: Веб-сайт:  |
| Цель проводимого мероприятия: пожалуйста, предоставьте подробное описание целей и ожидаемых результатов от проведения данной активности, а также его содержание * Необходимо предоставить актуальную программу мероприятия
 |    |
| Целевая аудитория *(выбрать из списка)* | [ ] Специалисты здравоохранения[ ] Физические лица, которым диагностирован сахарный диабет, и люди, обеспечивающие уход за ними [ ] Другое (пожалуйста, уточните)  |
| Мероприятие было одобрено в EthicalMedtech Conference Vetting System?*Подробности:* [*http://www.ethicalmedtech.eu/*](http://www.ethicalmedtech.eu/) | [ ] Да[ ] Нет[ ]  Неприменимо  |
| **4. Участники мероприятия/ активности**  |
| Пожалуйста, опишите процедуру и критерии отбора участников мероприятия  |   |
| Пожалуйста, укажите контакты ответственного за отбор участников мероприятия |   |
| **5. История взаимодействия** |
| Получала ли ранее Ваша организация финансирование от Компании?  | ☐ Да☐ Нет |
| Если Вы ответили да, пожалуйста, укажите сумму финансирования, дату и цель, на которое вы получили финансирование? |   |
| **6. Дополнительно** |
| Готовность предоставить закрывающие документы, подтверждающие целевое использование пожертвования в соответствии с постатейной сметой с учетом требований, указанных в ПРИЛОЖЕНИЕ IV к Этическому Кодексу IMEDA (ссылка: http://imeda.ru/ob-assotsiatsii/eticheskiy-kodeks-imeda/ ) | ☐ Да☐ Нет |
| **Контактные данные для уточнения вопросов по проекту** |
| **ФИО Контактного лица:**  |   |
| **Телефон:**  |   |
| **Адрес:** |   |
| **7. Комментарии** |
|    |
| **8. Дополнительная информация** |
| К настоящему запросу необходимо приложить следующий перечень документов:* Копия актуальной программы мероприятия, подписанная уполномоченным лицом и заверенная печатью
* Смета планируемых расходов, подписанная уполномоченным лицом и заверенная печатью
 |
| *Настоящим я подтверждаю:**Настоящая форма заполнена от имени запрашивающей организации;* *Я подтверждаю точность и достоверность предоставленной информации;* *Запрос на пожертвование не имеет связи с прошлым, настоящим или потенциальным будущим приобретением, арендой, рекомендацией, назначением, использованием, поставкой или приобретением продуктов или услуг Компании.* |
| ***Дата***  |
| ***ФИО***  |
| ***Должность***  |
| ***Подпись***  |
| ***М.П.***  |