|  |
| --- |
| *Haftungsausschluss*  *Das Antragsformular Educational Grants (das "Formular") wurde von Swiss Medtech nur als Leitfaden erstellt und sollte nicht als Rechtsberatung für bestimmte Tatsachen oder Umstände ausgelegt werden. Die Verwendung dieses Formulars oder Teilen davon liegt im alleinigen Ermessen und Risiko des Benutzers. Swiss Medtech haftet nicht für Verluste oder Schäden, die sich aus der Verwendung dieses Formulars oder Teilen davon ergeben. Swiss Medtech behält sich das Recht vor, das Formular oder Teile davon jederzeit ohne Vorankündigung zu ändern oder zu ergänzen.* |

**Formular für die Anfrage für einen Educational Grant**

(LÖSCHEN SIE DEN GELB MARKIERTEN TEXT NACH KENNTNISNAHME BZW. NACH EINFÜGEN DES ANWENDBAREN TEXTES)

|  |
| --- |
| **Anleitung – bitte vor dem Ausfüllen des Formulars durchlesen**   * Anträge müssen dem Unternehmen mindestens [xx] Tage vor dem ersten Ereignis / der ersten Aktivität mit allen beigefügten Unterlagen eingereicht werden. Jeder Antrag, der diesen Zeitvorgaben nicht entspricht, wird abgelehnt. * Bitte beachten Sie, dass keine Garantie dafür besteht, dass die gesamte beantragte Summe gewährt wird. Das Unternehmen kann die Genehmigung in voller Höhe erteilen, einen niedrigeren Betrag nach freiem Ermessen genehmigen oder den Antrag ablehnen. * Das ausgefüllte und unterschriebene Formular mit allen erforderlichen Belegen muss per E-Mail an folgende Adresse gesendet werden: [E-Mail-Adresse] |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Information zum Antragsteller** | |
| Name der Organisation |  |
| Adresse (Strasse, Postleitzahl, Ort) |  |
| Steuer ID / UID Nummer (CHE-xxx.xxx.xxx) |  |
| Webseite |  |
| Kontaktperson, die den Antrag einreicht  Name  Position in der Organisation  Telefonnummer  Adresse (falls abweichend von oben) |  |
| Leiter der Organisation  Name  Position in der Organisation |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Details zur Ausbildungsveranstaltung** | |
| Titel |  |
| Beginn (dd/mm/yyyy)  Ende (dd/mm/yyyy) |  |
| Ort  (Postleitzahl, Ort) |  |
| Adresse  (Strasse, Name, Webseite) |  |
| Ziel der Bildungsveranstaltung:  Bitte beschreiben Sie detailliert den Umfang, den Zweck und das voraussichtliche Ergebnis des Programms.  Erforderlich: **der aktuellste Programm-Entwurf**  *(bitte separate Datei anhängen)* |  |
| Therapeutischer oder diagnostischer Bereich |  |
| Einzugsgebiet der Veranstaltung *(bitte ankreuzen)* | ☐ Regional  ☐ National  ☐ International |
| Wurde die Veranstaltung angemeldet beim Conference Vetting System?  *Bitte beachten Sie: Die Anmeldung ist Pflicht für internationale Veranstaltungen.* | ☐ JA  ☐ NEIN |
| Falls “JA”, geben sie bitte das Ergebnis an. | ☐ Die Veranstaltung ist compliant  ☐ Die Veranstaltung wird noch evaluiert |
| Falls “NEIN”, geben sie bitte den Grund an.  Zum Anwendungsbereich siehe:  <http://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/eligibility-scope/>) | ☐ Die Veranstaltung erfordert keine Geneh­migung da sie nicht in den Anwendungs­bereich des Conference Vetting Systems fällt  ☐ Andere Gründe (bitte hier angeben) |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Educational Grant Details** | |
| Typ des Grants  *(bitte ankreuzen)* | ☐ **A**: Unterstützung der Teilnahme von HCPs an der Veranstaltung.  ☐ **B**: Unterstützung für die Veranstaltung selbst. |
| Im Falle von Typ A  Bitte beschreiben Sie das Antragsverfahren und die Kriterien, nach denen die Empfänger des Zuschusses ausgewählt werden. |  |
| Im Falle von Typ A  Bitte nennen Sie die Person und die Position der Person, die für die Auswahl der Teilnehmer an der Veran­staltung verantwort­lich ist. |  |
| Im Falle von Typ A  Bitte beschreiben Sie detailliert, wie die beantragte Summe kalkuliert wurde.  Z.B. Anzahl der zu unterstützenden HCPs, durchschnittlicher beantragter Betrag pro HCP für Reise und Unterkunft, durchschnittlicher Betrag pro HCP für Registrierungsgebühren usw. |  |
| Im Falle von Typ B  Erforderlich: **Überblick über** **das Budget**  *(bitte separate Datei anhängen)* |  |
| *Bitte beachten Sie:*  *Im Allgemeinen darf der Zuschuss nur für Kosten verwendet werden, die mit der Organisation der Bildungsveranstaltung verbunden sind (z. B. die Miete der Räumlichkeiten, in denen die Veranstaltung stattfindet) oder die Kosten für die Registrierung, Reise und Unterbringung der teilnehmenden HCPs. Der Zuschuss wird nicht zur Deckung der Kosten gewährt, die mit der Organisation von Freizeit-/ Unterhaltungsaktivitäten oder der Einladung von Ehepartnern / Partnern von HCPs verbunden sind. Darüber hinaus werden keine Mittel bereitgestellt, um die normalen Betriebskosten der Organisation und anderer Haushaltsausgaben zu decken, die nicht direkt mit Ausbildung zusammenhängen.* | |
| Summe, die vom Unternehmen beantragt wird (in CHF) |  |
| Summe, die insgesamt von Dritten beantragt wird  (in CHF) |  |
| Prozentsatz des Gesamtbudgets der Veranstaltung, der vom Unternehmen beantragt wird. |  |
| Bankdetails  *(Dies muss ein Konto im Namen der Stelle sein, die den Antrag stellt und darf nicht auf eine Einzelperson lauten)* | Bankname:  Kontoinhaber:  IBAN:  BIC oder SWIFT Code: |

|  |
| --- |
| **Unterstützende Dokumente** |
| Bitte fügen Sie diesem Formular die folgenden Belege bei:  • Eine Kopie des aktuellsten Entwurfs des Programms, der Agenda oder des Kommunikationsmaterials in Bezug auf die Veranstaltung  • Einen Entwurf des Budgetplans, in dem festgelegt ist, wie die Mittel verwendet werden sollen. |

Ich erkläre hiermit:

Dieses Formular wurde im Auftrag der anfragenden Organisation ausgefüllt.

Die Informationen in diesem Formular und in den unterstützenden Dokumenten sind wahr und korrekt.

Der Antrag ist weder implizit noch explizit mit vergangenen, gegenwärtigen oder potenziellen künftigen Käufen, Empfehlungen, Verwendungen, Lieferungen oder Bestellungen von Produkten oder Dienstleistungen des Unternehmens verknüpft.

**Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**