|  |  |
| --- | --- |
| Wypełnia podmiot wnioskujący o pomoc ***[Wniosek należy wypełnić w sposób kompletny]*** | |
| **1.** | **Nazwa podmiotu wnioskującego** [pełna nazwa, dane adresowe]: |
| **2.** | **Osoby reprezentujące podmiot wnioskujący:**  [należy wypełnić w odniesieniu do każdej z osób reprezentujących podmiot]:   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *[imię i nazwisko, funkcja pełniona w podmiocie wnioskującym]*   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *[imię i nazwisko, funkcja pełniona w podmiocie wnioskującym]*   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *[imię i nazwisko, funkcja pełniona w podmiocie wnioskującym]* |
| **3.** | **Czy podmiot wnioskujący posiada status organizacji pożytku publicznego?**  TAK  NIE |
| **4.** | Czy podmiot wnioskujący jest podmiotem zwolnionym z obowiązku podatkowego zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa?  TAK  NIE |
| **5.** | **Czy podmiot wnioskujący jest organizacją pacjencką?**  Przez **organizację pacjencką** należy rozumieć organizację zrzeszającą pacjentów, ich przedstawicieli ustawowych lub opiekunów faktycznych, albo strukturę organizacyjną skupiającą tego typu organizacje, do której celów statutowych należy ochrona praw pacjenta.  TAK  NIE |
| **5.1** | **Jeżeli w pkt 5 powyżej zaznaczono opcję TAK** informujemy, że firma J&J Innovative Medicine przyjęła do stosowania Kodeks Dobrych Praktyk INFARMA (dalej Kodeks) i działa zgodnie z jego zasadami, w związku z powyższym stosownie do wymogów Kodeksu w przypadku udzielenia wsparcia organizacji pacjentów:   1. ujawnia publicznie poprzez swoją stronę internetową szczegóły zawartej umowy tj.:    1. datę zawarcia umowy,    2. nazwę organizacji pacjentów,    3. kraj organizacji pacjentów,    4. opis formy i przeznaczenia wsparcia,    5. kwotę wsparcia. 2. wymaga od organizacji pacjentów potwierdzenia przyjęcia pomocy, a także potwierdzenia wykorzystania wsparcia zgodnie z umową, 3. wymaga od organizacji pacjentów zobowiązania do przestrzegania Kodeksu w zakresie realizacji umowy. |
| **5.2** | \* Czy podmiot wnioskujący wyraża zgodę na ujawnienie na stronie internetowej J&J Innovative Medicine informacji, o których mowa w pkt 5.1 pkt 1 powyżej?  TAK  NIE |
| **5.3** | \* Czy podmiot wnioskujący dostarczy firmie Janssen potwierdzenie przyjęcia pomocy, a także potwierdzenie wykorzystania wsparcia zgodnie z umową wraz z kosztorysem powykonawczym?  TAK  NIE |
| **5.4** | \* Czy podmiot wnioskujący wyraża zgodę na zobowiązanie się do przestrzegania Kodeksu w zakresie realizacji umowy?  TAK  NIE |
|  | \*Informujemy, iż nie wyrażenie zgody w pkt 5.2 - 5.4. uniemożliwia udzielenie wsparcia podmiotowi wnioskującemu.  **Treść Kodeksu dostępna jest na stronie internetowej INFARMA:** <http://www.infarma.pl/> |
| **6.** | **Poniższe wymagane dokumenty (prosimy załączyć do wypełnionego wniosku):**  **6.1. Odpis z KRS\*/ Odpis z innego właściwego rejestru:** TAK  **\* odpis z KRS wydany nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem wniosku.**  **6.2. Kopia Statutu:** TAK  **6.3. Pełnomocnictwo** [jeśli wymagane]: TAK  NIE  **6.4. Inne** [proszę wpisać] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **7.** | **Czy osoby reprezentujące podmiot wnioskujący zajmują stanowiska lub pełnią funkcje wymienione poniżej?**  Należy wypełnić w odniesieniu do każdej z osób reprezentujących podmiot wnioskujący   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *[imię i nazwisko]* TAK   **pełniona funkcja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  NIE   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *[imię i nazwisko]* TAK  **pełniona funkcja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**NIE   Funkcje:   * Dyrektor Szpitala, Z-ca Dyrektora * Dyrektor Naczelny Szpitala, Z-ca Dyrektora * Dyrektor ds. Lecznictwa, Z-ca Dyrektora * Dyrektor ds. Marketingu i Aministracji, Z-ca * Dyrektor ds. Administracyjcnych, Z-ca * Dyrektor/ Kierownik działu zamówień publicznych * Kierownik Kliniki, Z-ca Kierownika * Ordynator, Z-ca Ordynatora * Kierownik Apteki Szpitalnej * Kierownik zaopatrzenia medycznego * Lekarz zatrudniony w szpitalu (umowa o pracę, kontrakt) * Lekarz posiadający umowę z NFZ na wystawianie recept refundowanych * Naczelna Pielęgniarka * Pielęgniarka Oddziałowa * Członek Komisji Przetargowej * Kierownik, pracownik działu zajmującego się zamówieniami publicznymi * Członek komisji opracowującej receptariusze szpitalne * Konsultant krajowy * Konsultant wojewódzki * pracownik administracji publicznej (w tym Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Gospodarki, Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym jego Oddziałów) * osoba wykonująca zadania z zakresu zadań publicznych, dysponująca pieniędzmi publicznymi lub otrzymująca wynagrodzenie z budżetu państwa * członek grupy, zespołu opracowującego wykazy leków refundowanych * Przewodniczący oraz członek rady konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznej * Inne [proszę wpisać]   **Inne uwagi:** [np. dotyczące potencjalnego konfliktu interesów osób reprezentujących podmiot] |
| **8.** | **Dokładny opis przedmiotu wniosku** [np. pomoc pieniężna, jednorazowa, inna] |
| **9.** | **Uzasadnienie wniosku** [należy szczegółowo określić cel projektu oraz opis spodziewanych efektów] |
| **10.** | **Kosztorys** [poniżej należy wyszczególnić budżet projektu z uwzględnieniem kosztów związanych z poszczególnymi aktywnościami] |
| **11.** | **Czy wnioskowana pomoc stanowić będzie istotną część budżetu podmiotu wnioskującego\*?**  TAK  NIE  \*Informujemy, iż zgodnie z obowiązującą w J&J Innovative Medicine polityką, wsparcie nie może być udzielone w przypadku, gdy stanowić ma istotną część budżetu podmiotu obdarowanego. |
| **12.** | **Data i podpis osoby/ osób upoważnionych do reprezentowania podmiotu wnioskującego** [czytelny podpis, pieczątka]: |