|  |
| --- |
| 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 wnioskujący1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[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]: |