**Ansuchen um finanzielle Förderung einer**

**unabhängigen medizinischen Fortbildung**

**Hintergrund**

GlaxoSmithKline hat sich zum Ziel gesetzt, innovative, hoch-qualitative und unabhängige Fortbildungsprojekte von medizinischen Organisationen, die dem Patienten zu Gute kommen, zu unterstützen.

Anfragen um finanzielle Förderung von unabhängigen medizinischen Fortbildungen werden bei GSK durch ein unabhängiges Komitee nach den Prinzipien und Werten von GSK sowie nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen geprüft und sodann ggf. bewilligt. Zu diesem Zweck bitten wir Sie, das **beiliegende Formblatt vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen**. Im Falle der vorbehaltlichen Bewilligung Ihres Antrages durch GSK wird Ihnen die „Fördervereinbarung für eine unabhängige medizinische Fortbildung“ (siehe Anlage 2) zur Unterzeichnung übermittelt. Wir weisen darauf hin, dass eine etwaige Bewilligung Ihres Antrages erst nach Unterfertigung der eben genannten Fördervereinbarung durch beide Parteien verbindlich ist.

**Folgende Organisationen können ansuchen:**

* Gesundheitsorganisationen/-institutionen
* Universitäre Einrichtungen
* Interessenvertretungen im Gesundheitswesen
* Medizinische Fachgesellschaften

Beim Antragsteller muss es sich entweder um eine juristische Person oder eine eingetragene Personengesellschaft handeln. Der Antragsteller muss darüber hinaus in der Lage sein, qualitativ hochwertige, interdisziplinäre Fortbildung zu entwickeln und durchzuführen. Die unabhängige medizinische Fortbildung soll außerdem der Verbesserung der Patientengesundheit bzw. einer Optimierung von Behandlungsmethoden dienen. Werden unabhängige medizinische Fortbildungen von Einzelpersonen organisiert, können diese von GSK nicht unterstützt werden. Förderungen auf Grund dieses Ansuchens können ausschließlich für die Fortbildung von medizinischem Fachpersonal verwendet werden.

**Fortbildungen zu folgenden Therapiegebieten können unterstützt werden:**

* Pulmologie
* Impfstoffe
* Reisemedizin
* HIV

Der Antrag kann auch mehr als nur eines der oben genannten Gebiete umfassen bzw. kann dieser auch über die oben aufgezählten Therapiegebiete hinausgehen. Der Fokus einer unabhängigen medizinischen Fortbildung muss sich jedoch auf ein Therapiegebiet beziehen, für das GSK ein zugelassenes Produkt am Markt hat. Unabhängige medizinische Fortbildungen zu Therapiegebieten, in denen GSK lediglich ein Produkt in Entwicklung hat, können von GSK nicht unterstützt werden.

**GSK Prinzipien**

Förderungen unterliegen dem österreichischen Recht, insbesondere dem Arzneimittelgesetz und den korruptionsstrafrechtlichen Bestimmungen, dem Verhaltenskodex der Pharmaindustrie, dem EFPIA Kodex für verschreibungspflichtige Medikamente und Interaktionen mit Healthcare Professionals sowie auch gegebenenfalls dem Foreign Corrupt Practices Act und dem UK Bribery Act.

Der Antragsteller garantiert, dass eine von GSK gewährte Förderung ausschließlich für die Umsetzung des im Antrag beschriebenen Projekts verwendet wird. Im Falle der Genehmigung des Ansuchens durch GSK wird der Betrag 30 Tage nach Erhalt einer entsprechenden Rechnung auf das unten angeführte Konto überweisen. Im Übrigen gelten die Rechungslegungs- und Zahlungsbedingungen der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)[[1]](#footnote-1) von GSK.

Eine von GSK gewährte Förderung wird nicht als Gegenleistung für die Verschreibung oder Empfehlung von GSK Arzneimitteln oder für die Zusage, weiterhin GSK Arzneimittel zu verschreiben oder zu empfehlen, geleistet. Die Förderung steht sohin in keinem direkten oder indirekten Zusammenhang mit der Verschreibung, Absatzförderung, Empfehlung oder sonstigem Wohlwollen gegenüber GSK oder GSK Produkten.

Bei der Darlegung von medizinischen Inhalten durch seine medizinischen Fachexperten hat sich GSK verpflichtet, das derzeitige Wissen in ausgewogener Weise wiederzugeben. Eine solch ausgewogene, auf Evidenz basierende Darstellung der Inhalte ist in diesem Zusammenhang auch vom Förderungsempfänger anzuwenden.

Die Verbesserung des medizinischen Wissens und Handelns und damit die erhöhte Patientengesundheit ist das Ziel der Förderungen durch GSK. Der Antragsteller wird ersucht, diese Verbesserungen darzulegen. Die Einschätzung der Auswirkung der durch GSK geförderten Aktivitäten soll sich an den Diplomfortbildungskriterien der Österreichischen Ärztekammer orientieren. Der Inhalt der Fortbildungsveranstaltung muss ausschließlich gemäß der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung gestaltet, und das Ziel muss die Verbesserung der medizinischen Versorgung zum Wohle der PatientInnen sein.

Bitte füllen Sie zur weiteren Prüfung Ihres Antrags auf eine Förderung die **beiliegenden Formblätter** vollständig und wahrheitsgemäß aus und senden Sie diese an:

 **Email:** at.info@gsk.com

 **Fax-Nr.:** 0043 1 97075 170

1. **Selbstauskunft zum Ausschluss von Interessenskonflikten**

**Erklärungsformular für Interessenkonflikte**

Dieses Formular dient dazu, GlaxoSmithKline p.l.c., 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, TW8 9GS, Großbritannien (GSK) Informationen über Beteiligungen zu übermitteln, die die Drittpartei und ihre Vertreter innehaben und die möglicherweise deren Fähigkeit gefährden könnten, Entscheidungen im besten Interesse beider Parteien zu treffen. Die in diesem Formular angegebenen Informationen werden durch die jeweils nationale Niederlassung von GSK[[2]](#footnote-2) nur für die Zwecke der GSK erhoben. Zweck dieses Formulars ist nicht, Drittparteien oder ihre Vertreter an einer Geschäftsverbindung mit GSK zu hindern. Der Zweck besteht darin, dass alle potenziellen Konflikte öffentlich dargelegt werden, damit diese angemessen gelöst werden können. Die Fragen in diesem Formular müssen nach bestem Wissensstand zum Zeitpunkt des Ausfüllens beantwortet werden.

**Nur für die interne Verwendung:**

|  |  |
| --- | --- |
| **TPO-Vorgangs-ID** (wird vom GSK Business Owner ausgefüllt) | *Bitte TPO-Vorgangs-ID einfügen Click here to enter text.* |

**Von der Drittpartei auszufüllen**

1. **Name des Unternehmens und Anschrift des Hauptgeschäftssitzes**

|  |  |
| --- | --- |
| **Juristische Bezeichnung des Unternehmens**  | *Click here to enter text.* |
| **Handelsregisternummer** | *Click here to enter text.* |
| **Ort** | *Click here to enter text.* |
| **Land** | *Click here to enter text.* |
| **PLZ** | *Click here to enter text.* |
| **Telefonnummer** | *Click here to enter text.* |
| **Website** | *Click here to enter text.* |
| **Ansprechpartner (Position/Titel)** | *Click here to enter text.* |
| **E-Mail-Adresse** | *Click here to enter text.* |

1. **Name des Unternehmens und Anschrift, unter der die Dienstleistungen durchgeführt werden**

|  |  |
| --- | --- |
| **Juristische Bezeichnung des Unternehmens**  | *Click here to enter text.* |
| **Handelsregisternummer** | *Click here to enter text.* |
| **Ort** | *Click here to enter text.* |
| **Land** | *Click here to enter text.* |
| **PLZ** | *Click here to enter text.* |
| **Telefonnummer** | *Click here to enter text.* |
| **Website** | *Click here to enter text.* |
| **Ansprechpartner (Position/Titel)** | *Click here to enter text.* |
| **E-Mail-Adresse** | *Click here to enter text.* |

1. **Spezifische Konfliktfragen** – ***Vertreter der* Drittpartei**:

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Vertreters der Drittpartei | *Click here to enter text.* |
| Berufsbezeichnung | *Click here to enter text.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie Positionen in Behörden inne? |  **[ ]** Nein **[ ]**  Ja - Bitte hier näher ausführen:*Click here to enter text.* |
| Haben Sie oder Ihre nächsten Angehörigen (z. B. Ehepartner, Eltern, Kinder oder Geschwister) Anteile an einem Unternehmen, das GSK Dienstleistungen oder Produkte anbietet oder das Dienstleistungen oder Produkte im Auftrag von GSK bereitstellt?  |  **[ ]** Nein **[ ]**  Ja - Bitte hier näher ausführen:*Click here to enter text.* |
| Haben Sie oder Ihre nächsten Angehörigen (z. B. Ehepartner, Eltern, Kinder oder Geschwister) Anteile an einem Unternehmen, das Geschäfte mit der öffentlichen Hand tätigt?  |  **[ ]** Nein **[ ]**  Ja - Bitte hier näher ausführen:*Click here to enter text.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie oder Ihre nächsten Angehörigen (z. B. Ehepartner, Eltern, Kinder oder Geschwister) Anteile an einem Unternehmen, das Einfluss auf die kommerziellen Geschäfte von GSK ausüben könnte?  |  **[ ]** Nein **[ ]**  Ja - Bitte hier näher ausführen:*Click here to enter text.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie oder Ihre nächsten Angehörigen eine Position inne, in deren Rahmen Entscheidungen bezüglich der Regulierung oder Beschaffung von Arzneimitteln oder der Finanzierung oder Bereitstellung von Gesundheitsversorgung getroffen werden, solche Entscheidungen beeinflusst werden oder in diesem Zusammenhang eine beratende Tätigkeit ausgeübt wird? |  **[ ]** Nein **[ ]**  Ja - Bitte hier näher ausführen:*Click here to enter text.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Gibt es andere Mitglieder bei der Drittpartei oder Subunternehmer, die die Dienstleistungen vertragsgemäß im Auftrag von GSK durchführen werden? |  **[ ]** Nein **[ ]**  Ja  |
| Falls ja, bitte hier näher ausführen und bestätigen, dass bei diesen Personen keine Interessenkonflikte bestehen. | *Click here to enter text.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Wenn es noch andere Informationen bezüglich möglicher Interessenkonflikte gibt, die in diesem Formular nicht erfragt wurden, bitte hier ausführen.  | *Click here to enter text.* |

1. **Spezifische Konfliktfragen – Unternehmen der Drittpartei**

|  |  |
| --- | --- |
| Gibt es in Ihrem Unternehmen bedeutende Anteilseigner (>25 % Anteilsbesitz) oder Mitglieder der Geschäftsleitung, die Einfluss auf die kommerziellen Geschäfte von GSK ausüben könnten? |  **[ ]** Nein **[ ]**  Ja - Bitte hier näher ausführen:*Click here to enter text.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Gibt es in Ihrem Unternehmen bedeutende Anteilseigner (>25 % Anteilsbesitz) oder Mitglieder der Geschäftsleitung, die eine Position in Behörden oder Regierungsstellen (z. B. Gesundheitsministerium) innehaben? |  **[ ]** Nein **[ ]**  Ja - Bitte hier näher ausführen:*Click here to enter text.* |
| Ist oder war unter den Mitgliedern der Geschäftsleitung bzw. des Vorstands und sonstigen Verantwortlichen für die Bereitstellung von Waren/Dienstleistungen jemand in den letzten zwei Jahren Amtsträger und somit in einer Position, die Entscheidungen oder Maßnahmen hinsichtlich der vorgeschlagenen Vertrags- oder Geschäftsaktivitäten von GSK oder ihrer angegliederten Unternehmen zu beeinflussen? |  **[ ]** Nein **[ ]**  Ja - Bitte hier näher ausführen:*Click here to enter text.* |
| Bitte geben Sie an, ob sich unter den oben genannten Personen eine Person befindet, die eine Geschäftsbeziehung mit einem Amtsträger unterhält, der den Kauf von GSK-Produkten beeinflussen oder Ihrem Unternehmen oder GSK einen geschäftlichen Vorteil verschaffen könnte? | **[ ]** Nein **[ ]**  Ja - Bitte hier näher ausführen:*Click here to enter text.* |
| Haben Sie vor, neben Ihrem eigenen Personal noch andere Unternehmen wie z. B. Subunternehmen, Tochter-gesellschaften, Niederlassungen, Partnerschaften, Organisationen oder andere Parteien einzusetzen, um die Dienstleistungen durchzuführen? | **[ ]** Nein **[ ]**  Ja - Bitte hier näher ausführen:*Click here to enter text.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Wenn es noch andere Informationen bezüglich möglicher Interessenkonflikte gibt, die in diesem Formular nicht erfragt wurden, bitte hier ausführen.  | *Click here to enter text.* |

**Wirtschaftlicher Eigentümer**

*Wenn es sich bei Ihrem Unternehmen um ein Handelsunternehmen in Form einer Aktiengesellschaft handelt, geben Sie bitte die Namen der Personen an, die unmittelbar oder mittelbar die wirtschaftlichen Eigentümer des Unternehmens sind oder mindestens 25 % der Aktien besitzen. Unternehmen, deren Aktien zu mindestens 75 % an einer anerkannten Börse gehandelt werden, müssen keine Eigentumsangaben machen.*

*Wenn es sich bei Ihrer Organisation um eine Personengesellschaft handelt oder sie aus anderem Grund keine Anteilseigner besitzt, geben Sie bitte die Personen an, die bedeutenden Einfluss auf Ihre Organisation haben bzw. Die Kontrolle über Ihre Organisation ausüben.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vollständiger Name der Person** | **% Aktien (dokumentieren Sie alle mit einer Gesamtmenge von über 25 %)** | **Unmittelbar oder mittelbar gehalten**  |
| ***Click here to enter text.*** | *Click here to enter text.* | *Click here to enter text.* |
| ***Click here to enter text.*** | *Click here to enter text.* | *Click here to enter text.* |
| ***Click here to enter text.*** | *Click here to enter text.* | *Click here to enter text.* |
| ***Click here to enter text.*** | *Click here to enter text.* | *Click here to enter text.* |

Durch Unterzeichnen dieses Formulars erklären Sie, dass alle gemachten Angaben zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Formulars nach bestem Wissen wahr und richtig sind. Sollte sich an dieser Erklärung im Laufe der Zusammenarbeit mit GSK etwas ändern, ist dies dem Ansprechpartner von GSK mitzuteilen.

|  |
| --- |
| **Unterschrift Vertragspartnerin/Vertragspartner für die Korrektheit der Daten** |
| Unterschrift:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Datum: *Click here to enter text.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Name in Blockschrift: *Click here to enter text.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Position:*Click here to enter text.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Änderungen** |

Sollten sich bezüglich der oben gemachten Angaben im Laufe der Zusammenarbeit mit GSK Änderungen ergeben, informieren Sie uns bitte.

|  |
| --- |
| **Einwilligungserklärung Datenschutz** |

**Wozu benötigen wir diese Informationen?**

GSK verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage Ihrer Einverständniserklärung. Anhand der personenbezogenen Daten, die Sie in diesem Formular an GSK und/oder das gewerbliche Tochterunternehmen weitergeben, das Sie oder Ihre Organisation in Anspruch nimmt, werden Interessenkonflikte zwischen GSK und Ihnen, Ihrer Organisation, Ihren leitenden Mitarbeitern oder Ihren Mehrheitsaktionären und deren engsten Familienmitgliedern ermittelt. Außerdem wird anhand dieser Daten ermittelt, ob Ihre leitenden Mitarbeiter oder Mehrheitsaktionäre und deren unmittelbare Familie Regierungsämter innehaben.

Diese Aktivität ist wesentlicher Bestandteil der Anti-Bestechungs- und Anti-Korruptionsmaßnahmen von GSK.

**Was passiert mit den erfassten Informationen?**

Die erfassten Daten werden gespeichert und in Übereinstimmung mit den einschlägigen Datenschutzgesetzen und anderen gesetzlichen Bestimmungen verarbeitet. Die Daten werden ausschließlich Personen offengelegt, bei denen eine wirkliche, geschäftliche oder rechtliche Notwendigkeit besteht, diese einzusehen, bzw., wenn dies aus Gründen der Compliance erforderlich ist. Dazu können GSK Dienstleistungspartner gehören.

**Was macht GSK mit diesen Informationen?**

GSK Plc – vertreten durch seinen zentralen TPO Service (Anschrift: 980 Great West Road, Brentford, Vereinigtes Königreich) und die zuständige GSK Niederlassung – obliegt die Kontrolle über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten. Sie können jederzeit eine Kopie der Daten anfordern, die GSK von Ihnen gespeichert hat, und Sie können bestimmte Details zur Verarbeitung dieser Daten durch GSK anfordern. Sie sind ggf. berechtigt, Ihre Daten löschen oder an einen anderen Controller übertragen zu lassen bzw. unter bestimmten Umständen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch GSK einzuschränken oder Einspruch dagegen zu erheben. Wenn Sie Fragen oder Bedenken zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten durch GSK haben oder erfahren möchten, wie Sie die Ihnen im Rahmen der informationellen Selbstbestimmung zustehenden Rechte ausüben können, können Sie sich unter den oben angegebenen Kontaktdetails über die GSK Kontaktstelle (coi.tpo@gsk.com) an uns wenden. Wenn Sie mit der Antwort, die Sie erhalten, nicht zufrieden sind, sind Sie berechtigt, bei einer Aufsichtsbehörde eine Beschwerde hinsichtlich der Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten durch GSK einzureichen.

**Werden die Informationen grenzübergreifend bzw. von anderen GSK Unternehmen übertragen und können Lieferanten diese Informationen einsehen?**

Aufgrund der Globalität unserer Geschäftsprozesse können diese Informationen von GSK, seinen angeschlossenen Unternehmen und den von GSK ausgewählten Drittanbietern gespeichert oder verarbeitet werden.

Die Informationen können von GSK, seinen angeschlossenen Unternehmen und den von GSK ausgewählten Drittanbietern überall auf der ganzen Welt gespeichert oder verarbeitet werden, einschließlich in Ländern, in denen die Datenschutzgesetze nicht denen in Ihrem Wohnsitzland gleichwertig sind bzw. nur einen geringeren Schutz gewährleisten. GSK wird jedoch entsprechende rechtliche, organisatorische und technische Maßnahmen ergreifen, um Ihre personenbezogenen Daten entsprechend den einschlägigen Datenschutzgesetzen zu schützen. Wenn GSK einen dritten Dienstleistungsanbieter verwendet, wird dieser Anbieter sorgfältig ausgewählt, und er muss entsprechende Maßnahmen ergreifen, um die Vertraulichkeit und Sicherheit personenbezogener Daten zu gewährleisten.

Sie können eine Kopie solcher Maßnahmen anfordern, indem Sie die oben aufgeführte Kontaktstelle von GSK kontaktieren oder sich unter der oben aufgeführten Unternehmensadresse an GSK wenden. GSK bewahrt Ihre Informationen 10 Jahre lang auf.

Mit der Unterschrift geben Sie Ihre Einwilligung, dass GSK Ihre personenbezogenen Daten wie oben beschrieben nutzen darf.

Sie können diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Bitte wenden Sie sich dazu an coi.tpo@gsk.com).

|  |
| --- |
| **Unterschrift Vertragspartnerin/Vertragspartner für die Datennutzung** |
| Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Datum: *Click to enter text.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Name in Blockschrift: *Click here to enter text.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Position: *Click to enter text.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*TPO11 – COI Declaration Form – HR, Version 3.1, 25 July 2017, German - Austria/Germany/Switzerland*

**GSK Transparenz-Berichterstattung**

**HCO Einwilligungserklärung zur Veröffentlichung**

(Version 5/2017) AT/OTH/0055/14b(3)

**Nur auszufüllen von Gesundheitsorganisationen bei Erhalt von geldwerten Leistungen**

GSK verpflichtet sich in der Zusammenarbeit mit Angehörigen der Fachkreise und Gesundheitsorganisationen (HCO1) weltweit zu Transparenz.

Gemäß dem auf dem EFPIA Kodex basierenden Pharmig Verhaltenskodex ist GSK verpflichtet, geldwerte Leistungen an Ihre Organisation zu veröffentlichen.

Sie wurden gebeten, dieses Formular zu unterschreiben, weil GSK beabsichtigt im Rahmen einer Vereinbarung eine geldwerte Leistung zum Vorteil Ihrer Organisation zu erbringen. Eine **geldwerte Leistung** kann in diesem Zusammenhang sowohl der Wert einer an Ihre Organisation gewährten Spende oder eines Sponsorings sein, als auch ein Honorar, das GSK als Gegenleistung für eine von Ihrer Organisation erbrachten Dienstleistung bezahlt, wie auch Reise- und Unterbringungskosten, die Ihrer Organisation oder einer anderen Person oder Körperschaft zum (direkten oder indirekten) Vorteil Ihrer Organisation von GSK erstattet werden.

|  |
| --- |
| **Organisationsbezogene Daten** |

Damit GSK die geldwerten Leistungen korrekt nachverfolgen und veröffentlichen kann, wird GSK die folgenden Daten über Ihre Organisation gemeinsam mit Details zu allen geldwerten Leistungen erheben und speichern, die zum Vorteil Ihrer Organisation von oder im Auftrag von GSK gewährt werden. Diese Informationen (mit Ausnahme Ihrer E-Mail-Adresse) werden in Berichte aufgenommen, die im Rahmen der Verpflichtungen von GSK zur transparenten Berichterstattung auf öffentlich zugänglichen Internetseiten veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung erfolgt in deutscher oder in englischer Sprache.

|  |  |
| --- | --- |
| **Projektname** | *Click to enter text.* |

Für HCOs besteht laut SOP-GSK-417 die Notwendigkeit eine Einwilligungserklärung **pro** Projekt einzuholen.

Bitte füllen Sie diese Tabelle in BLOCKSCHRIFT aus

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HCO: Vollständiger Firmenwort-laut** | (z.B. Krankenhaus Musterfirma GmbH; Träger des Krankenhauses)*Click to enter text.* | Eindeutige Identifizierung: z.B. **Firmenbuch- oder Vereinsregisternummer***Click to enter text.* |
| **Anschrift**  | Straße: *Click to enter text.* |
| Land: *Click to enter text.* | Stadt: *Click to enter text.* | Postleitzahl:*Click to enter text.* |
| **E-Mail \*** | (zentrale E-Mail Adresse empfohlen)*Click to enter text.* |

\* Kein Pflichtfeld, wird nicht veröffentlicht. Nur bei Angabe der E-Mailadresse kann GSK Ihnen vor der Veröffentlichung Aufstellungen über die von Ihnen erhaltenen geldwerten Leistungen mailen.

Bitte informieren Sie GSK unter 01/970 75-0 oder at.info@gsk.com, falls sich diese Angaben ändern.

Sollten Sie zu diesem Zweck bereits Informationen bereitgestellt haben, werden die obigen Angaben zur Aktualisierung Ihrer Daten verwendet, damit die Veröffentlichungen anhand der aktuellsten Informationen erfolgen.

GlaxoSmithKline Pharma GmbH mit Sitz in 1120 Wien, Wagenseilgasse 3, DVR: 0393258, ist für die Verarbeitung Ihrer Daten verantwortlich. Sie können jederzeit eine Kopie der von GSK gespeicherten Informationen inklusive der unter dem Namen Ihrer Organisation genannten geldwerten Leistungen einfordern und die Korrektur unrichtiger Angaben verlangen.

Diese Informationen können durch GSK selbst oder im Auftrag und für die Zwecke von GSK durch seine verbundenen Unternehmen und durch von GSK ausgewählte Drittanbieter weltweit gespeichert und verarbeitet werden. Dies bezieht sich auch auf Länder, deren Datenschutzgesetze sich von jenen an Ihrem Wohnsitz gültigen unterscheiden. GSK bleibt dabei jedoch stets verantwortlicher Auftraggeber und ergreift geeignete Maßnahmen um sicherzustellen, dass alle übergebenen personenbezogenen Informationen gemäß geltendem Recht geschützt und gesichert bleiben. Für Details zu diesen Maßnahmen kontaktieren Sie uns bitte unter 01/970 75 -01 oder at.info@gsk.com kontaktieren.

Weitere wichtige Informationen zur Nutzung Ihrer organisationsbezogenen Daten und Ihren damit verbunden Rechten finden Sie weiter unten.

|  |
| --- |
| **Zustimmungserklärung zur individuellen Veröffentlichung** |
| Ich stimme hiermit zu, dass die oben angegebenen Daten gemeinsam mit den Einzelheiten der zum Vorteil meiner Organisation von GSK oder im Auftrag von GSK zukünftig gewährten geldwerten Leistungen entsprechend den Verpflichtungen zur Transparenzberichterstattung von GSK und gemäß geltenden Gesetzen, Branchenverhaltenskodizes oder gerichtlichen Verfügungen veröffentlicht werden.Datum: *Click here to enter text.* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_In BLOCKSCHRIFT (Name des Zeichnungsberechtigten)*Click to enter text.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Positionsbezeichnung***Click to enter text.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift **der Geschäftsleitung (bzw. bevollmächtigter Vertreter)** und Firmenstempel |  | GSK wird die geldwerten Leistungen veröffentlichen, die Ihre Organisation von GSK oder im Auftrag von GSK ab dem 1. Januar 2015 erhält. Einmal pro Jahr werden Berichte auf einer öffentlich zugänglichen Internetseite von GSK oder einer anderen Plattform veröffentlicht. Diese Veröffentlichung bleibt mindestens drei Jahre zugänglich. Weitere Informationen zur Transparenz-Berichterstattung von GSK finden Sie unter <http://www.gsk.com/uk/about-us/transparency.html>.Vor der Offenlegung wird GSK Ihrer Organisation eine Aufstellung der unter dem Namen Ihrer Organisation zu veröffentlichenden geldwerten Leistungen mailen, falls Sie eine E-Mail-Adresse angegeben haben. |

Sie können die Zustimmung zur individuellen Veröffentlichung dieser Daten jederzeit widerrufen. Für die Bereiche, bei denen die Zustimmung widerrufen wurde, wird GSK die erbrachten geldwerten Leistungen zusammengefasst gemeinsam mit den geldwerten Leistungen veröffentlichen, die anderen Organisationen von oder im Auftrag von GSK oder seinen verbundenen Unternehmen gewährt wurden, sodass Ihre Organisation nicht identifiziert werden kann.

Ihre Zustimmung ist freiwillig. Wir weisen allerdings darauf hin, dass eine Verweigerung oder ein Widerruf der Zustimmung zur Veröffentlichung einen Einfluss auf die Entscheidung von GSK haben wird, mit Ihrer Organisation in dieser Angelegenheit oder anderweitig in Zukunft zusammen zu arbeiten.

Unter gewissen Umständen haben Sie das Recht, Ihre Daten löschen zu lassen oder die Verarbeitung Ihrer organisationsbezogenen Daten durch GSK zu beschränken. Falls Sie Fragen bezüglich der Verarbeitung Ihrer Daten durch GSK haben, können Sie uns gerne unter 01/970 75 - 01 oder at.info@gsk.com kontaktieren. Wenn Ihre Anfrage nicht zufriedenstellend beantwortet wird, können Sie auch eine Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einreichen.

**Nur von GSK auszufüllen:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Interner Check****EFPIA Einwilligungserklärung** | Ansprechpartner GSK:*Click to enter text.* | Neu:[ ]  | Änderung:[ ]  | Golden ID Nummer (falls bekannt):*Click to enter text.* |

1 HCO (Health Care Organisation) Definition laut EFPIA Kodex: Unter die Definition „HCO“ fällt jegliche Einrichtung, Institution oder Organisation (ungeachtet der Rechtsform) (i), die eine medizinische, wissenschaftliche oder sonstige Vereinigung im Bereich der Gesundheitsversorgung ist, wie zum Beispiel eine Krankenanstalt, Klinik, Stiftung, Universität oder andere Lehrinstitution oder Gelehrtengesellschaft (mit Ausnahme von Patienten Organisationen im Rahmen des EFPIA PO Kodex), dessen Niederlassung  oder primäre Geschäftstätigkeit in Europa ist oder (ii) durch welche ein oder mehrere HCPs Dienstleistungen erbringen.

1. **Antrag auf Unterstützung einer unabhängigen medizinischen Fortbildung**

|  |  |
| --- | --- |
| Titel der unabhängigen medizinischen Fortbildung | *Click to enter text.* |
| Inhalt der Fortbildung | *Click to enter text.* |
| Höhe des angefragten Förderbetrages | **€** *Click to enter text.* |

1. **Daten der Organisation**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Organisation/Institution | *Click to enter text.* |
| Art der Organisation (z.B. Medizinische Fachgesellschaft, Krankenhausabteilung, universitäre Einrichtung, etc.) | *Click to enter text.***Gesundheitsdienstleister** |
| Beschreibung der Organisation:Zweck (Mission) | *Click to enter text.* |
| *Nachweis über die Tätigkeit der Organisation (z.B. Vereinsregister-, oder Firmenbuchauszug), bitte dem Antrag beilegen* | *Click to enter text.* |
| Welchen Anteil am Jahresbudget der Organisation hat die Höhe der Förderung? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  |  | ≤25% |
| [ ]  |  | ˃25% |
| [ ]  |  | ˃50% |

 |
| Ansprechpartner | Name | *Click to enter text.* |
|  | Adresse  | *Click to enter text.* |
|  | Email | *Click to enter text.* |
|  | Tel. | *Click to enter text.* |

1. **Unterstützungsansuchen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Die Fortbildung findet zu folgendem Themenbereich statt:**  |  |
| **[ ] Pulmologie** | **[ ] Impfstoffe** | **[ ] Reisemedizin** | **[ ] HIV/AIDS** |
| **Genaue Indikation**  |
| *Click to enter text.* |
| **Bestehender Bedarf für die unabhängige medizinische Fortbildung**  |
| *Click to enter text.* |
| **Fortbildungsformat**  |
| * *Beschreiben Sie das Format der Fortbildung*
* *Legen Sie dar, warum dieses Format gewählt wurde.*
* *Beschreiben Sie Größe und Disziplin Ihrer Zielgruppe.*
* *Beschreiben Sie die Lernziele.*

*Click to enter text.* |
| **Bewertung der Lernziele** |
| *Legen Sie dar, wie das Erreichen der Lernziele gemessen wird.* *Click to enter text.* |
| **Best-Practice-Sharing (optional)** |
| *Werden die Inhalte der Fortbildungsveranstaltung einem breiteren Fachpublikum bekannt gemacht?**Click to enter text.* |
| **Budget** |
| **Gesamtkosten des Projektes und Nachweis hierfür***Aufgliederung der Hauptkostenpunkte des Projektes bzw. welche Kosten zum überwiegenden Teil anfallen: Personal, Administration, etc.**Die Aufschlüsselung der Kosten ist diesem Antrag beizufügen (siehe Beispiel im Anhang).**Bitte beachten Sie, dass Fahrtkosten und sonstige Spesen der Teilnehmer nicht übernommen werden.* | *Click to enter text.* |
| **Welche Unternehmen sind noch an der Finanzierung beteiligt?***Wird nur bei GSK angefragt bzw. wo wird außer bei GSK noch um Förderung angesucht?* | *Click to enter text.* |
| **Mittelverwendung***Wenn die Mittel für das Projekt nicht ausschließlich von GSK erbracht werden, ist darzulegen, für welchen Teil des Projektes die beantragte Förderung benötigt wird* | *Click to enter text.* |
| Gibt es außer GSK noch weitere Unterstützer? Wenn ja, wie stellen Sie sicher, dass diese keine Werbung auf Ihrer Veranstaltung durchführen. | *Click to enter text.* |
| Sie stimmen zu, dass GSK eine Zusammenfassung der unabhängigen medizinischen Fortbildung einschließlich etwaiger Ergebnisse daraus auf der Homepage von GSK Österreich bekanntmachen darf.  | [ ]  Hiermit stimme ich einer Veröffentlichung auf der  Homepage von GSK Österreich zu. |

1. **Bankverbindung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bankdaten***Zahlungen können nur auf das Konto einer Organisation, nicht einer Einzelperson getätigt werden.*  | Kontoinhaber | *Click to enter text.* |
| Kontonummer (IBAN) |  AT*Click to enter text.* |

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG MIT DEN GSK BEDINGUNGEN**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die oben gemachten Angaben zum Antragsteller vollständig und wahrheitsgemäß sind und akzeptieren die oben genannten Bedingungen.

|  |
| --- |
| Einverstanden und akzeptiert für und im Namen von: |
| Name der antragstellenden Organisation:  | *Click to enter text.* |
| Unterschrift |  |
| Name (bitte in Druckbuchstaben) | *Click to enter text.* |
| Position | *Click to enter text.* |
| Datum | *Click to enter text.* |

**Anlage 1: Beispiel Budgetaufstellung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bezeichnung | Kosten (pro Stunde) | Stunden | Total | Beschreibung |
| Logistik (z.B. Veranstaltungsort) |
| *Raummiete* | € |  | € |  |
| *etc.*  | € |  | € |  |
| *etc.* | € |  | € |  |
| Einladungsmanagement |
| *Aussendung der Einladungen* | € |  | € |  |
| *Bewerbung*  | € |  | € |  |
| *Publikationen* |  |  | € |  |
| Sprecherkosten (z.B. Honorare)  |
| *Prof. XY, Thema* | € |  | € |  |
| *etc.*  | € |  | € |  |
| *etc.* | € |  | € |  |
| Fortbildungsmaterial (z.B. Webcasts, E-learning Module, Unterlagen, etc) |
| *etc.*  | € |  | € |  |
| *etc.* | € |  | € |  |
| *etc.* | € |  | € |  |

1. Punkt 7 der GSK AVB, abrufbar unter: [http://www.glaxosmithkline.at](http://www.glaxosmithkline.at/) „Auf Grund des Schreibschutzes im Dokument muss die URL manuell in den Browser kopiert werden“ [↑](#footnote-ref-1)
2. GSK Deutschland: GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG, Prinzregentenplatz 9, 81675 München;
GSK Österreich: GlaxoSmithKline Pharma GmbH, Euro Plaza, Wagenseilgasse 3, 1120 Wien.

GSK Schweiz: GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3-5, 3053 Münchenbuchsee [↑](#footnote-ref-2)