



## Πρόγραμμα πρόσκλησης ενδιαφέροντος για την παροχή χρηματικών δωρεών της Gilead Sciences ΕΛΛΑΣ Μ.ΕΠΕ για το έτος 2020

Η Gilead Sciences ΕΛΛΑΣ Μ.ΕΠΕ, στο πλαίσιο του κοινωνικού της ρόλου και με αποκλειστικό σκοπό να υποστηριχθεί η φροντίδα υγείας, η ανεξάρτητη έρευνα, η εκπαίδευση και εν γένει η παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας, θεσμοθέτησε πρόγραμμα πρόσκλησης ενδιαφέροντος για την παροχή χρηματικών δωρεών κατ' έτος. Το πρωτοπόρο αυτό πρόγραμμα κατατείνει στην κατοχύρωση διαδικασιών διαφάνειας και απευθύνεται σε κατάλληλα Νομικά Πρόσωπα / Οργανισμούς, σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Κώδικα Δεοντολογίας τους ΣΦΕΕ και τη σχετική εσωτερική και ευρωπαϊκή νομοθεσία.

Οι κατηγορίες των χορηγιών για το έτος 2020 θα εντοπίζονται στους ακόλουθους τομείς:

- HIV
- Χρόνια Λεμφογενής Λευχαιμία και μη-Hodgkin Λέμφωμα
- Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά το έντυπο «Οδηγίες υποβολής πρότασης» πριν από τη συμπλήρωση της αίτησής σας και **συμπληρώστε όλα** τα παρακάτω πεδία. Για τυχόν απορίες σχετικά με τη συμπλήρωση της αίτησης, μπορείτε να επικοινωνείτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με τη διεύθυνση [GileadGrantsGreece@gilead.com](mailto:GileadGrantsGreece@gilead.com) ή τηλεφωνικά με τον αριθμό 2108930242. Για τεχνική υποστήριξη, μπορείτε να επικοινωνείτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με τη διεύθυνση [support@mdata.gr](mailto:support@mdata.gr) ή τηλεφωνικά με τον αριθμό 2109962680

### 1. Στοιχεία αιτούντος και κύριου ερευνητή

Όνομα/Όνόματα αιτούντος (ων)	
Θέση αιτούντος	
Όνομα κύριου ερευνητή	
Θέση κύριου ερευνητή	
Ημερομηνία υποβολής αίτησης	
Τμήμα	
Οργανισμός	
Διεύθυνση	
Πόλη	
Τ.Κ.	
Τηλέφωνο επικοινωνίας (εργασίας)	
Τηλέφωνο επικοινωνίας (κινητό)	
E-mail επικοινωνίας	
Fax επικοινωνίας	

### 2. Αιτούμενη χρηματοδότηση ή ενίσχυση (σημειώστε μόνο ένα τετραγωνίδιο)

- HIV
- Χρόνια Λεμφογενής Λευχαιμία / μη-Hodgkin Λέμφωμα
- Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

**3. Ταυτότητα αιτούντος Νομικού Προσώπου / Οργανισμού** (περιγράψτε συνοπτικά τον οργανισμό σας αναφέροντας πού πρόκειται να ενταχθεί το προτεινόμενο πρόγραμμα / πρόταση – μέχρι 100 λέξεις)

**4. Τίτλος του προγράμματος / πρότασης**

**5. Στόχοι του προγράμματος / πρότασης** (συνοπτικά , μέχρι 100 λέξεις)

**6. Πρόκειται για πρόγραμμα / πρόταση που βρίσκεται ήδη σε εξέλιξη;**

Ναι       Όχι

**7. Εάν ναι, παραθέστε τους λόγους για τους οποίους απαιτείται πρόσθετη χρηματοδότηση ή ενίσχυση από την Gilead Sciences ΕΛΛΑΣ Μ.ΕΠΕ**

### 8. Περιγραφή του προγράμματος / πρότασης

Περιγράψτε με σαφήνεια το προτεινόμενο πρόγραμμα / πρόταση. Μέγιστο όριο οι 1500 λέξεις, συμπεριλαμβανομένων των βιβλιογραφικών αναφορών. Χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τα κριτήρια αξιολόγησης των προτάσεων περιέχονται στο έντυπο «Οδηγίες Υποβολής Πρότασης». Σημειώνεται ότι τα στοιχεία του προϋπολογισμού θα πρέπει να παρασχεθούν στην ερώτηση 10 της παρούσας αίτησης.

Παρακαλούμε, ακολουθήστε την εξής δομή:

- Σκεπτικό / Υπόθεση εργασίας (background)
- Σκοπός
- Καταληκτικά σημεία (Πρωτεύοντα – Δευτερεύοντα)
- Μεθοδολογία / Στατιστική ανάλυση
- Ορόσημα/χρονοδιάγραμμα υλοποίησης
- Συμμετέχοντα ενδιαφερόμενα μέρη
- Βιβλιογραφία

**9. Παραθέστε συνοπτικά δικά σας πρώιμα δεδομένα (preliminary data) σχετικά με την πρότασή σας** (μέγιστο όριο οι 800 λέξεις). Επί μη υπάρξεως, παρακαλούμε συμπληρώστε «Δεν εφαρμόζεται».

**10. Παραθέστε τις κυριότερες (μέχρι 5) δημοσιεύσεις της ερευνητικής σας ομάδας που σχετίζονται με την παρούσα πρόταση.** ). Επί μη υπάρξεως, παρακαλούμε συμπληρώστε «Δεν εφαρμόζεται».

**11. Περιγράψτε τη μεθοδολογία αξιολόγησης των δεδομένων έκβασης σχετικά με τους ασθενείς – PROs = patient related outcomes** (Εφόσον εφαρμόζεται. Εάν όχι, παρακαλούμε συμπληρώστε «Δεν εφαρμόζεται»).

**12. Συνολικός προϋπολογισμός προγράμματος / πρότασης και ποσό της δωρεάς που ζητείται**  
 Παραθέστε τον αναλυτικό προϋπολογισμό του έργου στον πίνακα που ακολουθεί. **Δεν είναι δυνατόν να ζητηθεί χρηματοδότηση για την κάλυψη παγίων εξόδων προσωπικού ή υλικοτεχνικής υποδομής της καθημερινής κλινικής πρακτικής.** Παρακαλείσθε να είστε όσο το δυνατόν πιο ακριβείς και να παραθέσετε τυχόν επεξηγηματικές σημειώσεις που κρίνετε αναγκαίες στην αντίστοιχη στήλη. **Οι αιτήσεις που δεν περιλαμβάνουν κατάλληλα συμπληρωμένο αναλυτικό πίνακα προϋπολογισμού δεν θα λαμβάνονται υπόψη.**

Τύπος προβλεπομένου εξόδου	Συνολικό κόστος	Ποσό που ζητείται από την Gilead	Σχόλια / σημειώσεις
<b>Σύνολο</b>			

**Διαθέτετε άλλες πηγές χρηματοδότησης για το πρόγραμμά σας;**

Ναι  Όχι

Εάν ναι, διευκρινίστε:

Την/τις πηγή(-ές):

Το/τα ποσό(-ά):

Εάν διαθέτετε περισσότερες από μία πηγές πρόσθετης χρηματοδότησης, παραθέστε σχετική ανάλυση και διευκρινίστε από ποια πηγή προέρχεται κάθε ποσό χρηματοδότησης.

Η εν λόγω χρηματοδότηση εξαρτάται από τη λήψη της δωρεάς από την Gilead;

Ναι  Όχι

**13. Έχετε υποβάλει στο παρελθόν άλλη αίτηση χρηματοδότησης στο πλαίσιο του εν λόγω προγράμματος της Gilead;**

Ναι  Όχι

Εάν ναι, έγινε δεκτή η αίτησή σας;

Ναι  Όχι

**14. Η παρούσα αίτηση σχετίζεται με κάποιο έργο που χρηματοδοτείται επί του παρόντος ή χρηματοδοτήθηκε κατά το παρελθόν στο πλαίσιο του εν λόγω προγράμματος της Gilead;**

Ναι  Όχι

**15. Πώς ενημερωθήκατε για το πρόγραμμα της Gilead Sciences ΕΛΛΑΣ Μ.ΕΠΕ;**

Επιστολή από την Gilead  Μέσω τρίτων  
 Προσωπικό της Gilead  Ένωση ασθενών  
 Δικτυακός τόπος Προγράμματος  Άλλος δικτυακός τόπος

Άλλο (να προσδιοριστεί):

**16. Δήλωση και συμφωνία**

Αποδέχομαι ότι το έργο πρέπει να έχει ολοκληρωθεί το αργότερο έως το τέλος του 2023 ή εντός 24 μηνών από την υπογραφή της σχετικής σύμβασης.

Εάν η αίτησή μου γίνει δεκτή, ο υπογραφόμενος (ή ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπός μου) συμφωνώ να συνεργαστώ με τα μέλη του τμήματος Ιατρικών Υποθέσεων της Gilead και να υποβάλω εκθέσεις προόδου εξαμήνου και δωδεκαμήνου, καθώς και τελική έκθεση το αργότερο εντός 24 μηνών από την υπογραφή της σχετικής σύμβασης.

**17. Η πρόταση εντάσσεται στην κατηγορία:**

Αμιγώς επιστημονική / ερευνητική

**Όνοματεπώνυμο:**

**Ημερομηνία:**

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας και τη συμπλήρωση της παρούσας αίτησης.

Κατά την υποβολή της αίτησης, θα σας αποσταλεί επιβεβαίωση παραλαβής στην ηλεκτρονική διεύθυνση που δηλώσατε στην αίτησή σας.