# BEIHILFE ODER SPENDE

|  |  |
| --- | --- |
| **LEITFADEN-VORLAGE** | |
| **Art der Kommunikation** | **Genehmigung eines Beihilfe- oder Spendenantrags.** |
| **Vorlagen** | Es werden zwei Vorlagenarten beim Ausfüllen eines Beihilfe- oder Spendenantrags benötigt:   1. Antrag auf Beihilfe/Spende – Zum Antrag auf die interne Zustimmung für eine Beihilfe oder Spende. 2. Beihilfen-/Spendenvereinbarung – Zur Dokumentation Ihrer Spenden- oder Beihilfenvereinbarung mit dem Empfänger der Gelder. |
| **Art der Aktivität** | **Beihilfe oder Spende** |
| **Empfänger** | **Organisation des Empfängers der Beihilfe oder Spende** |
| **Prozess** | * Passen Sie die markierten Abschnitte individuell an. Führen Sie keine sonstigen Änderungen an der Vorlage durch. * Löschen Sie unbedingt diese Anleitungen und füllen Sie die Klammern [ ] aus und markieren Sie vor dem Absenden. * Passen Sie je nach Bedarf zur Berücksichtigung der lokalen Gesetze und Branchencodes an. * Löschen Sie alle Abschnitte, die nicht spezifisch auf die Produktschulung anwendbar sind. * Dokumentieren Sie die interne Zustimmung in Bezug auf die Erfüllung des Beihilfen-/Spendenantrags anhand des Beihilfen-/Spenden-Antragsformulars. * Senden Sie die Beihilfen-/Spendenvereinbarung an die Empfängerorganisation zum Ausfüllen. * Behalten Sie eine Kopie der ausgefüllten Formulare für Ihre Unterlagen. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BEIHILFEN- UND SPENDENARTEN (VORBEHALTLICH DER LOKALEN GESETZE, BESTIMMUNGEN UND BRANCHENCODES)** | | |
| **Art** | **Beschreibung** | **Qualifizierter Empfänger** |
| **Wohltätige Spende** | Finanzielle Unterstützung oder Unterstützung in Form einer Sachleistung an eine gemeinnützige oder wohltätige Organisation zur Förderung legitimer und dokumentierter Zielsetzungen der Organisation und/oder zur Unterstützung von seriösen Spendenaktionen für Projekte, die von der Organisation durchgeführt werden | Gemeinnützige oder wohltätige Organisation, die gemäß den Gesetzen des betreffenden Landes registriert und berechtigt ist, die Spende zu erhalten |
| **Fortbildungszuschuss – Fortbildung Gesundheitsversorgung** | Finanzielle Unterstützung oder Unterstützung in Form einer Sachleistung für Bona-Fide-Fortbildungsaktivitäten für medizinische Fachkräfte  Kann Beihilfen an Drittveranstalter von Konferenzen umfassen, um die Konferenzkosten zu reduzieren und/oder angemessene Honorare, Kosten für Reise, Unterkunft und Mahlzeiten für medizinische Fachkräfte zu finanzieren, die Fakultätsmitglieder der Konferenz sind.  Darf nicht zur Finanzierung von Parteien, für Unterhaltung oder ähnliche Veranstaltungen (z. B. Sport- oder kulturelle Veranstaltungen, Stadtbesichtigungen, musikalische Darbietungen) verwendet werden. | Gesundheitseinrichtungen oder Organisationen, die für die medizinische Ausbildung akkreditiert oder nicht akkreditiert sind |
| **Fortbildungszuschuss – Stipendien** | Finanzielle Unterstützung für längere medizinische Fortbildungsprogramme wie beispielsweise Stipendien | Schulungseinrichtungen, Gesundheitseinrichtungen oder Berufsverbände |
| **Fortbildungszuschuss – Forschung** | Finanzielle Unterstützung, Unterstützung in Form von Sachleistungen für klinische oder nicht-klinische Forschung in Bereichen, die von legitimen Interesse für das Unternehmen sind | Gesundheitseinrichtungen oder forschungsbasierte Organisationen |
| **Fortbildungszuschuss – Öffentliche Bildung** | Finanzielle Unterstützung oder Unterstützung in Form von Sachleistungen für die Informationsbildung von Patienten oder der Öffentlichkeit in Bezug auf wichtige Gesundheitsthemen | Schulungseinrichtungen, Gesundheitseinrichtungen oder Berufsverbände |
| **Bewilligung von medizinischen Geräten, Materialien, Bedarfsmaterialien oder Schulungsmaterialien** | Medizinische Lehrbücher, Abonnements für medizinische Veröffentlichungen, anatomische Modelle oder dergleichen | Schulungseinrichtungen, Gesundheitseinrichtungen oder Berufsverbände |

**ANTRAGSFORMULAR FÜR BEIHILFE/SPENDEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTRAGSFORMULAR** | | |
| Wählen Sie die Art der Beihilfe oder Spende (weitere Einzelheiten finden Sie in der beigefügten Liste) | * Wohltätige Spenden * Fortbildung Gesundheitsversorgung / Öffentliche Bildung * Stipendien | * Forschung * Medizinische Geräte, Bedarfsmaterialien usw. * Sonstiges\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Geben Sie Einzelheiten zur / zu den bereitzustellenden Finanzierung, Geräten oder Services an |  | |
| **BEANTRAGENDE ORGANISATION** | | |
| **Name der Organisation** |  | |
| **Kontaktperson** |  | |
| **Adresse** |  | |
| **PLZ / Stadt** |  | |
| **Land** |  | |
| **Telefon-/Faxnummern** |  | |
| **E-Mail-Adresse** |  | |
| Beschreiben Sie den wohltätigen, Fortbildungs- oder wissenschaftlichen Zweck |  | |
| Geben Sie den spezifischen Zweck der beantragten Beihilfe oder Spende an | * **Fortbildung:** beschreiben Sie die Art, das Datum, den Standort, den Namen der Fortbildungsveranstaltung und hängen Sie alle verfügbaren Broschüren oder gedruckten Informationen an; nennen Sie das vorgesehene Zielpublikum: * **Stipendium:** geben Sie die Termine, Einzelheiten und den Standort des Programms und eine Kostenaufstellung dafür an und fügen Sie alle verfügbaren Materialien, wie u. a. Anmeldungsformulare, bei: * **Forschung:** beschreiben Sie die Studienziele, Arbeitsergebnisse und sonstige verfügbare Einzelheiten: * **Geräte:** beschreiben Sie die zu kaufenden Geräte, geben Sie einen Kostenvoranschlag, den Lieferanten, die vorgesehene Verwendung und den Standort der Verwendung an: * **Wohltätige Spende:** | |
| **GENEHMIGUNGSPROZESS** | | |
| Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt an | | |
| **ZUSÄTZLICHE DOKUMENTATION** | | |
| Fügen Sie alle Antragsschreiben der beantragenden Organisation bei. | | |
| **ZERTIFIZIERUNG** | | |
| Ich bestätige, dass die gemachten Angaben nach meinem besten Wissen und nach angemessener Ermittlung wahrheitsgetreu und vollständig sind. Des Weiteren bescheinige ich, dass die Beihilfe bzw. die Spende nicht als Preiszugeständnis, Belohnung für bevorzugte Kunden oder als Anreiz dafür angeboten oder zur Verfügung gestellt wird, die Produkte oder Services des Unternehmens weiterzuempfehlen, zu verschreiben oder zu kaufen, und diese in keiner Weise an die frühere, gegenwärtige oder zukünftige Verwendung von Produkten oder Services des Unternehmens gebunden ist. | | |
| Unterschrift: Datum: | | |
| **GENEHMIGER (CEO/CFO/CCO/USW.)** | | |
| Ich genehmige die Bereitstellung der Beihilfe/Spende:  Unterschrift: Datum: | | |

# BEIHILFEN-/SPENDENVEREINBARUNG

### [Name der Empfängerorganisation] [Adresse]

[Nachweis über den gemeinnützigen Status wie beispielsweise die Registrierungsnummer, falls zutreffend]

### [Datum]

Betreff: **[Art der Spende oder des Beitrags, wie beispielsweise Finanzierung zur Unterstützung von Forschung, Fortbildungszuschuss usw.]**

Sehr geehrte(r) Hr./Fr. [Name des Vertreters der Empfängerorganisation], wir haben Ihren Antrag von [Empfänger] für [geben Sie die relevanten Details des Beihilfe- oder Spendenantrags an] erhalten, der für den Zweck [beschreiben Sie den Zweck] verwendet werden soll.

[Unternehmen] versteht, dass [Empfänger] an [beschreiben Sie die Aktivitäten, wie beispielsweise medizinische Forschung in einem spezifischen Fachgebiet, die Versorgung und Behandlung von Patienten usw.] beteiligt ist und die Unterstützung für die Durchführung dieser Aktivitäten einsetzen wird. [Empfänger] bestätigt, dass er/sie berechtigt ist, die Finanzierung zu erhalten, und dass der Empfang der Unterstützung gegen keine geltenden Vorschriften, Gesetze, Bestimmungen oder organisationellen Richtlinien verstößt.

[Empfänger] stimmt zu, dass die Unterstützung vernünftig und angemessen ist, um die angegebenen Zwecke zu erfüllen, und nicht überhöht oder über dem angemessenen Marktpreis ist.

[Unternehmen] hat den Antrag ausgewertet und wird die Finanzierung bereitstellen, wie diese für [geben Sie den Zweck an, zum Beispiel Unterstützung medizinischer Forschung, Förderung der medizinischen Wissenschaft oder Fortbildung, weitere Informationsbildung für Patienten und die Öffentlichkeit oder Unterstützung wohltätiger oder anderer philanthropischer Zwecke] vorgesehen ist. [Unternehmen] und [Empfänger] vereinbaren, dass die Unterstützung nicht als Gegenleistung für die Nutzung, Weiterempfehlung, Verschreibung oder Einflussnahme in Bezug auf die Nutzung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ von Produkten oder in Bezug auf den Wert oder das Volumen von Geschäft, das zwischen den Parteien generiert wird, zur Verfügung gestellt wird.

Zur Gewährleistung der angemessenen Transparenz vereinbart [Empfänger], zu allen relevanten Zeitpunkten und in allen relevanten Materialien, dass die Unterstützung von [Unternehmen] zu allen relevanten Zeitpunkten und in allen relevanten Materialien eindeutig offengelegt werden muss.

Bitte bestätigen Sie Ihr Einverständnis mit und die Annahme der Einzelheiten in dieser Vereinbarung, indem Sie unten unterschreiben und die unterschriebene Vereinbarung an mich zurücksenden.

Mit freundlichen Grüßen

## [Unternehmen]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des berechtigten Vertreters

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des berechtigten Vertreters

## [Empfänger]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des berechtigten Vertreters

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name des berechtigten Vertreters