**טופס הגשת הצעה לאקסלרטור של קהילת רפואה מרחוק**

שם המועמדת:

תפקיד בארגון:

שם הארגון והמחוז (במקרה של קופת חולים):

במידה וההגשה היא כצוות יש להוסיף את כל שמות המועמדים.

שם המועמדת:

תפקיד בארגון:

שם הארגון והמחוז (קופת חולים):

שם המועמדת:

תפקיד בארגון:

שם הארגון והמחוז (קופת חולים):

לבקשה מצורפים המסמכים/הפרטים הבאים, נא לסמן בהתאם:

מכתב הסכמת הארגון להשתתפות בתכנית, מהממונה הישיר או בהתאם לנהלי הארגון לגבי השתתפות בהכשרות, בהתאם לטופס המצורף. **חובה**.

מכתב המלצה מהארגון. **מומלץ**.

פרטי המלווה/מנטורית מהארגון. **מומלץ.**

תיאור הרעיון בהתאם לשאלות המצורפות, עד 2 עמודים. **חובה**.

במידה ואת התכנית מלווה מנטורית מהארגון יש למלא את הפרטים

שם המנטורית:

תפקיד בארגון:

מספר טלפון:

דואר אלקטרוני:

הסיבה לבחירת המנטורית/ התרומה הפוטנציאלית לפרויקט

ידוע לי כי ישנה חובת השתתפות בכל המפגשים שיתקיימו במועדים הבאים: 25.05.22, 01.06.22, 08.06.22, 15.06.22, 22.06.22, 29.06,22, 06.07.22, 13.07.22, 07.09.22, 14.09.22

**כותרת הפתרון: (אופציונאלי)**

תשובה:

שאלות: (עד 2 עמודים, ניתן להרחיב או לצמצם תשובות על פי הצורך)

1. מהו הצורך הקיים שעליו הרעיון נותן מענה? אלו צעדים נעשו על מנת לברר שאכן מדובר בצורך אמתי?

תשובה:

1. מה היקף הבעיה? (אופציונאלי)

תשובה:

1. מה ההשלכות של הבעיה על המטופלים/מטפלים והארגון?

תשובה:

1. מהו הרעיון?

תשובה:

1. מיהו קהל היעד לפתרון? מה המורכבות של הרעיון?

תשובה:

1. האם בוצע מחקר שוק? האם יש פתרונות אחרים בשוק? (אופציונאלי)

תשובה:

1. כיצד ישפיע הפתרון על המטופלים/מטפלים והארגון?

תשובה:

1. מה הם המדדים להצלחת יישום הפתרון?

תשובה:

טופס ההסכמה מגורם רלוונטי בארגון

אני, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מאשר את השתתפות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בתכנית האצת המיזמים של קהילת רפואה מרחוק, משך התכנית הוא 10 שבועות בימי רביעי בין השעות 13:00-20:00) בין התאריכים 11.5.22-13.7-22

תפקיד בארגון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_