****

**ΚΥΠΡΙΑΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ**

**Πρόγραμμα για την πραγματοποίηση ταξιδίων για σκοπούς πωλήσεων (sales calls) στο εξωτερικό για προσέλκυση Ιατρικού Τουρισμού στην Κύπρο**

**Α. ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Η στοχευμένη προβολή του ειδικού προϊόντος του ιατρικού τουρισμού μέσα από κατ’ιδίαν συναντήσεις των επαγγελματιών στον ιατρικό τουρισμό της Κύπρου με δυνητικούς αγοραστές στο εξωτερικό.

**Β. ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ**

Αδειούχα γραφεία τουρισμού και ταξιδιών (ταξιδιωτικοί πράκτορες) - Μέλη του Φορέα Προώθησης Υπηρεσιών Υγείας Κύπρου, Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια (με ισχύουσα άδεια λειτουργίας βάσει της σχετικής νομοθεσίας) - Μέλη του Φορέα Προώθησης Υπηρεσιών Υγείας Κύπρου, Οδοντιατρεία - Μέλη του Φορέα Προώθησης Υπηρεσιών Υγείας Κύπρου και εκπρόσωποι του Φορέα Προώθησης Υπηρεσιών Υγείας Κύπρου.

**Γ. ΠΟΣΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗΣ**

Το ποσοστό επιχορήγησης για κάθε ταξίδι για σκοπούς πραγματοποίησης συναντήσεων πωλήσεων (sales calls) για προσέλκυση ιατρικού τουρισμού στην Κύπρο είναι 80% με ανώτατο συνολικό ποσό επιχορήγησης τα χίλια (1000) ευρώ έναντι πραγματικών εξόδων.

**Δ. ΕΠΙΛΕΞΙΜΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ**

Έναντι πραγματικών εξόδων **μόνο** για τα ακόλουθα:

1. Αεροπορικό εισιτήριο (από και προς Κύπρο) για ένα άτομο σε οικονομική θέση. Σημειώνεται ότι για σκοπούς του παρόντος προγράμματος ο ΚΟΤ θα επιχορηγεί ποσοστό 80% του κόστους του εισιτηρίου.
2. Διαμονή σε ξενοδοχείο για ένα άτομο μέχρι και για τρία (3) βράδια. Σημειώνεται ότι για σκοπούς του παρόντος προγράμματος ο ΚΟΤ θα επιχορηγεί ποσοστό 80%, για κόστος διανυκτέρευσης μέχρι εκατόν πενήντα (150) ευρώ το βράδυ.

**Ε. ΜΗ ΕΠΙΛΕΞΙΜΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ**

1. Προσωπικά έξοδα
2. Οποιεσδήποτε δαπάνες του αιτητή που αφορούν συνοδό άτομο ή συμμετοχή στο ταξίδι δεύτερου ατόμου εκ μέρους της κυπριακής εταιρείας
3. Τέλη χώρου στάθμευσης
4. Βενζίνη και άλλα έξοδα διακίνησης
5. Γεύματα
6. Δώρα
7. Κόστος εγγραφής/συμμετοχής σε εκθέσεις, εργαστήρια κτλ.

**Ζ. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΗΣ**

1. Οι αιτητές ή/και δικαιούχοι του υπό αναφορά Προγράμματος Επιχορήγησης του ΚΟΤ, αποδέχονται ανεπιφύλακτα όλες τις υποχρεώσεις του, τους όρους, τα κριτήρια και προϋποθέσεις που αυτό περιλαμβάνει.
2. Οι συναντήσεις των κυπριακών εταιρειών θα πρέπει να διευθετούνται με άτομα/στελέχη σε σχετικές θέσεις λήψεων αποφάσεων (στην εκάστοτε χώρα) όπως στελέχη ασφαλιστικών εταιρειών, medical facilitators/coordinators (μεσάζοντες), στελέχη κυβερνητικών τμημάτων, στελέχη τοπικών αρχών, εξειδικευμένοι τουριστικοί πράκτορες (travels agents) και διοργανωτές ταξιδίων (tour operators) οργάνωσης ταξιδίων ιατρικού τουρισμού.
3. Ο αιτητής οφείλει να υποβάλει το αίτημά του στον Οργανισμό για την παροχή επιχορήγησης με τη συμπλήρωση του Παραρτήματος I το αργότερο ένα (1) μήνα πριν την πραγματοποίηση των sales calls στο εξωτερικό.
4. Η έγκριση της παροχής επιχορήγησης από τον Οργανισμό θα πρέπει να εξασφαλίζεται πριν τη διεκπεραίωση της συνάντησης / των συναντήσεων πωλήσεων (sales calls) στο εξωτερικό.

Νοείται ότι για σκοπούς του υπό αναφορά Προγράμματος συναντήσεις (sales calls) θεωρούνται αυτές για τις οποίες έχουν σταλεί προσκλήσεις από τον αιτητή, έχουν γίνει αποδεκτές και διευθετήθηκε συνάντηση.

Θα λαμβάνονται υπόψη μόνο οι αιτήσεις που θα αναφέρουν και θα συνοδεύονται με όλα τα πιο πάνω στοιχεία.

1. Ο κάθε αιτητής δικαιούται να επιχορηγηθεί το μέγιστο μέχρι **δύο (2)** ταξίδια ανά ημερολογιακό έτος στα πλαίσια του παρόντος προγράμματος.
2. Οι υποβαλλόμενες αιτήσεις για παροχή επιχορήγησης μέσω του υπό αναφορά προγράμματος θα εξετάζονται κατά σειρά προτεραιότητας ανάλογα με την ημερομηνία υποβολής τους στον Οργανισμό και μέχρι εξαντλήσεως των προβλεπόμενων πιστώσεων που έχουν περιληφθεί στον ετήσιο προϋπολογισμό του Οργανισμού.
3. Νοείται ότι ο Οργανισμός διατηρεί το δικαίωμα της εξέτασης κατά προτεραιότητα των αιτήσεων που έχουν υποβληθεί από αιτητές που δεν έχουν ήδη εξασφαλίσει προηγούμενη παροχή επιχορήγησης από το υπό αναφορά Πρόγραμμα εντός του έτους.
4. Τα αιτήματα θα υποβάλλονται αποστέλλοντας το συμπληρωμένο Παράρτημα Ι στην ηλεκτρονική διεύθυνση MaroKazepi@visitcyprus.com.

Η επιβεβαίωση παραλαβής των υποβαλλόμενων αιτημάτων αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του αιτητή.

**Η. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

Οι υποβληθείσες αιτήσεις θα αξιολογούνται από τον Οργανισμό με βάση τα πιο πάνω κριτήρια και προϋποθέσεις και θα αποστέλλεται στον αιτητή γραπτή απάντηση για την απόφαση του Οργανισμού.

**Θ. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΙΤΗΤΗ**

1. Η παραχώρηση δικαιώματος συμμετοχής λειτουργού στις συναντήσεις πωλήσεων (sales calls) από την Κεντρική Υπηρεσία ή από Γραφείο ΚΟΤ στο εξωτερικό - στις περιπτώσεις που ο Οργανισμός κρίνει σκόπιμο.

**Ι. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΚΟΤ**

1. O Οργανισμός θα χειρίζεται όλα τα έγγραφα και πληροφορίες που λαμβάνει σε σχέση με το πρόγραμμα ως προσωπικά και απόρρητα και δε θα δημοσιεύει ή αποκαλύπτει οποιαδήποτε στοιχεία υποβάλλονται χωρίς την προηγούμενη γραπτή συγκατάθεση του αιτητή.
2. Παραχώρηση έντυπου υλικού του Οργανισμού. Η παραγγελία έντυπου υλικού του Οργανισμού θα πρέπει να υποβάλλεται έγκαιρα από τον αιτητή στον αρμόδιο λειτουργό του Οργανισμού κο Σάββα Ανδρέου, τηλ. 22691185, e-mail SavvasAndreou@visitcyprus.com σημειώνοντας τον τίτλο των εντύπων, την ποσότητα και γλώσσα.

**Κ. ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΥ ΠΟΣΟΥ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗΣ**

1. Μετά την ολοκλήρωση των συναντήσεων πωλήσεων (sales calls) θα πρέπει να προσκομίζονται από τον αιτητή τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

α. Υπογραμμένη υπεύθυνη δήλωση αιτητή (Παράρτημα ΙΙ).

β. Υποβολή της τελικής κατάστασης των συναντήσεων πωλήσεων (sales calls) που πραγματοποιήθηκαν στο εξωτερικό με όλα τα στοιχεία επικοινωνίας.

γ. Σύντομη αναφορά για την έκβαση της κάθε συνάντησης ή σύντομη γενική αναφορά για τις συναντήσεις που πραγματοποιήθηκαν.

δ. Υποβολή αντίγραφου πληρωμής αεροπορικού εισιτηρίου και σχετική απόδειξη.

ε. Υποβολή σχετικού εκτυπωμένου δρομολογίου (itinerary).

ζ. Υποβολή αντίγραφου πληρωμής της διαμονής στο ξενοδοχείο και σχετική απόδειξη από το συγκεκριμένο ξενοδοχείο.

2. **Η καταβολή του συνολικού ποσού της επιχορήγησης θα καταβάλλεται στους δικαιούχους μόνο με την προσκόμιση όλων των πιο πάνω δικαιολογητικών και εφόσον τηρούνται οι υποχρεώσεις του αιτητή που αναφέρονται στην παράγραφο Θ.** Σε περίπτωση που δεν υποβάλλονται ολοκληρωμένα όλα τα δικαιολογητικά δεν θα προωθείται η διαδικασία πληρωμής.

3. Ο Οργανισμός διατηρεί το δικαίωμα να διερευνήσει τα πιο πάνω στοιχεία και να ζητήσει επιπλέον οποιαδήποτε άλλα συναφή αποδεικτικά στοιχεία της επιλέξιμης δαπάνης.

Νοείται ότι σε περίπτωση που διαπιστωθεί από τον Οργανισμό ότι υποβλήθηκαν οποιαδήποτε αναληθή στοιχεία από τους δικαιούχους στο υπό αναφορά Πρόγραμμα ή ότι οποιαδήποτε από τις υποχρεώσεις του αιτητή έχει αθετηθεί, ο Οργανισμός διατηρεί το απόλυτο δικαίωμα ακύρωσης του εγκεκριμένου ποσού επιχορήγησης ή/και τη διεκδίκηση οποιουδήποτε καταβληθέντος ποσού.

**Λ. ΙΣΧΥΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Το πρόγραμμα λειτουργεί σε ετήσια βάση με ισχύ μέχρι τις 31 Δεκεμβρίου κάθε έτους ή μέχρι εξαντλήσεως των πιστώσεων.

**Μ. ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Κυπριακός Οργανισμός Τουρισμού

Τμήμα Στρατηγικής και Μελετών

Μάρω Καζέπη

MaroKazepi@visitcyprus.com

Τηλ. 00357 22691216

****

**Παράρτημα Ι**

**ΚΥΠΡΙΑΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ**

**Πρόγραμμα για την πραγματοποίηση ταξιδίων για σκοπούς πωλήσεων (sales calls) στο εξωτερικό για προσέλκυση Ιατρικού Τουρισμού στην Κύπρο**

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ**

**Όνομα εταιρείας/αιτητή:** .………..….…..............................…………………………………………..............……………………...……..........

**Προορισμός ταξιδίου:** ………..……………………….…………….………………………………………………….

**Ημερομηνίες ταξιδίου για σκοπούς πωλήσεων (sales calls):** ……….…….………………………….…….………….………………………………..….…………………………………………….

**Αεροπορικές πτήσεις (Αερογραμμές και αριθμός πτήσης):** …………………………………………………..……………………………………………………………………….………………….

**Κόστος αεροπορικού εισιτηρίου (σε οικονομική θέση):** …….…………………….…….

**Ξενοδοχείο διαμονής:** ………..…………………………………….………………………………………………….

**Κόστος ανά διανυκτέρευση:** …….…..…….…………………….……….………………………….………….

**Πρόγραμμα συναντήσεων**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Όνομα εταιρείας** | …… | …… |
| **Ιστοσελίδα εταιρείας** | …… | …… |
| **Όνομα ατόμου συνάντησης** | …… | …… |
| **Επαγγελματικός τίτλος** | …… | …… |
| **Τμήμα απασχόλησης** | …… | …… |
| **Απευθείας τηλέφωνο** | …… | …… |
| **Απευθείας email** | …… | …… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Όνομα εταιρείας** | …… | …… |
| **Ιστοσελίδα εταιρείας** | …… | …… |
| **Όνομα ατόμου συνάντησης** | …… | …… |
| **Επαγγελματικός τίτλος** | …… | …… |
| **Τμήμα απασχόλησης** | …… | …… |
| **Απευθείας τηλέφωνο** | …… | …… |
| **Απευθείας email** | …… | …… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Όνομα εταιρείας** | …… | …… |
| **Ιστοσελίδα εταιρείας** | …… | …… |
| **Όνομα ατόμου συνάντησης** | …… | …… |
| **Επαγγελματικός τίτλος** | …… | …… |
| **Τμήμα απασχόλησης** | …… | …… |
| **Απευθείας τηλέφωνο** | …… | …… |
| **Απευθείας email** | …… | …… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Όνομα εταιρείας** | …… | …… |
| **Ιστοσελίδα εταιρείας** | …… | …… |
| **Όνομα ατόμου συνάντησης** | …… | …… |
| **Επαγγελματικός τίτλος** | …… | …… |
| **Τμήμα απασχόλησης** | …… | …… |
| **Απευθείας τηλέφωνο** | …… | …… |
| **Απευθείας email** | …… | …… |

****

**Παράρτημα ΙΙ**

**ΚΥΠΡΙΑΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ**

**Πρόγραμμα για την πραγματοποίηση ταξιδίων για σκοπούς πωλήσεων (sales calls) στο εξωτερικό για προσέλκυση Ιατρικού Τουρισμού στην Κύπρο**

Αρ. Φακ.: 01.14.009

Ημερομηνία:

Προς:

Διευθυντή Τουρισμού

Τμήμα Στρατηγικής και Μελετών

Κυπριακός Οργανισμός Τουρισμού

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που υπέβαλα σε σχέση με το Πρόγραμμα για την πραγματοποίηση ταξιδίων για σκοπούς πωλήσεων (sales calls) στο εξωτερικό για προσέλκυση Ιατρικού Τουρισμού στην Κύπρο είναι αληθή.

Υπογραφή:………………………..……….…………….…

Όνομα ολογράφως:…………………..……………………

Όνομα εταιρείας:……………………….………………….