# FORMULARIO DE SOLICITUD DE VACUNA COVAX

*Rellene, firme y envíe todas las partes de esta solicitud, necesaria para confirmar la participación a COVAX.*

Para los países que tengan un Acuerdo Marco de Asociación (AMA) con Gavi, los términos y condiciones de dicho AMA seguirán vigentes y se aplicarán a cualquier apoyo de Gavi proporcionado en virtud de la presente solicitud. Los términos y condiciones del AMC del Mecanismo COVAX 2022 también se aplicarán a las Vacunas Aprobadas, equipos y suministros puestos a disposición a través de COVAX a partir del 31 de marzo de 2022. En caso de conflicto entre cualquier término, condición o disposición del AMA y los Términos y Condiciones del AMC del Mecanismo COVAX 2022 (incluida esta solicitud), prevalecerán los Términos y Condiciones del AMC del Mecanismo COVAX 2022 (incluida esta solicitud). Para los países que tengan un AMA con Gavi y el País, los Términos y Condiciones del AMC del Mecanismo COVAX 2022 (incluida esta solicitud) se aplicarán a cualquier apoyo de Gavi proporcionado en virtud de la presente solicitud. Al firmar esta solicitud, enviarla a Gavi y aceptar la entrega de cualquier Vacuna Aprobada o equipo o suministros asociados, el Gobierno de [ ] (el «País») reconoce que el suministro de Vacunas Aprobadas, equipos y suministros estará sujeto a los ***Términos y Condiciones del AMC del Mecanismo COVAX 2022***, disponibles en: <https://www.gavi.org/gavi-covax-amc#documents> o en el sitio web de COVAX de Gavi.

Todos los términos en mayúsculas que no se definan de otro modo tendrán el significado que se les da en los Términos y Condiciones del AMC del Mecanismo COVAX 2022.

# NOMBRE DEL PARTICIPANTE DEL GRUPO AMC FORMULARIO DE SOLICITUD DE VACUNAS CONTRA LA COVID-19

*Envíe las solicitudes de vacunas cumplimentadas por correo electrónico a* [*covaxproposals@gavi.org*](mailto:covaxproposals@gavi.org) *poniendo en copia al responsable sénior de país de Gavi o al contacto de referencia relevantes (según proceda), para confirmar la participación en el Mecanismo COVAX. Póngase en contacto con su responsable sénior de país de Gavi o con el contacto de referencia (según corresponda) si tiene preguntas. Recuerde que las economías que pueden acogerse al AMC de COVAX pueden solicitar asistencia técnica para completar la solicitud de vacunas.*

1. **INFORMACIÓN GENERAL**
2. Fecha de la solicitud (DD/MM/AAA):
3. Nombre del participante del Grupo AMC:
4. Institución solicitante:

Dirección:

Nombre del contacto:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico de contacto:

*Al presentar la Solicitud de Vacuna, adjunte una lista de miembros e información de contacto para su Grupo de Trabajo Nacional sobre Vacunas contra la COVID-19, incluidos los socios técnicos pertinentes y las instituciones financieras donantes. Incluya un contacto de referencia para la preparación de seguridad y regulatoria y la indemnización.*

1. **PLANIFICACIÓN DE VACUNACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO**

Al elegir poblaciones objetivo para la vacunación, se recomienda a los Participantes del Grupo AMC que sigan ***la Hoja de ruta del SAGE de la OMS para priorizar el uso de las vacunas contra la COVID-19 en el contexto de suministro limitado, así como el marco de valores del SAGE de la OMS para la asignación y priorización de la vacunación contra la COVID-19****,* disponibles aquí: <https://www.who.int/immunization/sage/covid-19_documents/en/>.

1. Fecha prevista para el inicio de la vacunación (DD/MM/AAAA):
2. Teniendo en cuenta la Hoja de ruta del SAGE de la OMS (enlace anterior), ¿qué porcentaje de la población total está siendo objeto de vacunación una vez que el suministro lo permite? *Este número puede ser menor o mayor que el 20 %:*
3. En la siguiente tabla, enumere los grupos objetivo de vacunación en orden de prioridad:

|  |  |
| --- | --- |
| **Población objetivo (Descripción)** | **Proporción de población total (%)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Introduzca una justificación para sus poblaciones objetivo (por ejemplo, está en consonancia con las recomendaciones del SAGE de la OMS):

1. Conteste a las siguientes preguntas sobre los dispositivos de inyección (jeringas) y las cajas de seguridad:

Número total de dispositivos de inyección (jeringas) disponibles que podrían utilizarse para vacunas contra la COVID-19:

Número total de cajas de seguridad disponibles que podrían utilizarse para la recogida de dispositivos de inyección para vacunas contra la COVID-19:

Si prevé que surja la necesidad de que se utilicen dispositivos de inyección adicionales (jeringas) y cajas de seguridad para la vacunación contra la COVID-19, ¿qué mecanismo de adquisición pretende utilizar?

Unicef OPS Adquisición propia

Para los participantes del Grupo AMC que marcaron «Unicef» u «OPS» anteriormente, proporcione la capacidad de almacenamiento en seco a nivel nacional/central:

* Capacidad total neta disponible de almacenamiento en seco:      m3 netos disponibles
* Capacidad neta disponible de almacenamiento en seco disponible para dispositivos de inyección (jeringas) y cajas de seguridad que se utilizarán para la vacunación contra la COVID-19:     m3 netos disponibles

1. **DISTRIBUCIÓN DE COSTES**

*Los datos sobre la distribución de costes solicitados en este formulario son únicamente informativos y no constituyen un compromiso jurídicamente vinculante en esta etapa.*

Pedimos a los participantes del Grupo AMC que compartan los costes de las dosis recibidas a través del Mecanismo. No obstante, la imposibilidad de participar en la distribución de costes no afectará a la capacidad de los Participantes del AMC de COVAX para acceder a las dosis totalmente financiadas por donantes y proporcionadas a través del AMC de COVAX. La distribución de costes se puede utilizar para financiar dosis adicionales aparte de las financiadas por donantes del AMC de COVAX, lo que permite a los participantes del Grupo AMC llegar a una mayor proporción de sus poblaciones. Si la población objetivo prevista para vacunación no puede alcanzarse totalmente a través de dosis del AMC de COVAX financiadas por donantes, ¿estaría interesado en comprar dosis adicionales a través de COVAX mediante contribuciones por distribución de costes? *(No vinculante; solo a título informativo)*

Sí  No

1. **PRODUCCIÓN NACIONAL DE VACUNAS CONTRA LA COVID-19 Y ACUERDOS BILATERALES**

*Como se indica en los Términos y condiciones del Mecanismo COVAX 2022, el Mecanismo COVAX pide transparencia sobre los acuerdos bilaterales, vigentes y futuros, de todos los Participantes, y señala que el acceso a las dosis de acuerdos bilaterales no afectará al acceso al volumen acordado de dosis de vacunas aprobadas del Mecanismo COVAX.*

*El suministro de la siguiente información ayudará a resaltar en qué pueden ser útiles los debates adicionales, por ejemplo, a la hora de armonizar las cuestiones logísticas de la cadena de suministros o explorar las oportunidades de asociación en beneficio mutuo (es decir, la fungibilidad en acuerdos complementarios). Podría, por ejemplo, mejorar la comprensión de si existen circunstancias o limitaciones en su sistema debido a otras vacunas o campañas planificadas que afectarían a su capacidad para recibir Vacunas Aprobadas.*

1. ¿Tiene capacidad de producción nacional de vacunas contra la COVID-19? En caso afirmativo, rellene la siguiente tabla.

Sí No

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fabricante** | **Tipo/s de vacuna** | **Capacidad planificada (dosis/período de tiempo)** | **Fecha prevista de disponibilidad de las primeras dosis (DD/MM/AAAA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. ¿Existen acuerdos bilaterales para comprar vacunas contra la COVID-19 directamente a los fabricantes? En caso afirmativo, rellene la siguiente tabla.

Sí  No

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fabricante** | **Tipo/s de vacuna** | **Volumen acordado en dosis** | **Fecha prevista de disponibilidad de las primeras dosis (DD/MM/AAAA)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **CARACTERÍSTICAS DE LA VACUNA**

*El Marco de Asignación tratará de tener en cuenta la preferencia de los productos en las asignaciones de vacunas. Si bien se trabajará para conseguir la mejor correspondencia entre productos y preferencias, no se garantiza que los Participantes del Grupo AMC reciban productos con las características preferidas, ya que la preferencia es solo uno de muchos factores que deben tenerse en cuenta al asignar la vacuna aprobada, entre los que se encuentra la disponibilidad limitada de suministro.*

1. Rellene la siguiente tabla.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Conjunto de características de la vacuna** | **Característica de la vacuna** | **Clasifique las 12 características de la vacuna (a – m) de mayor preferencia (en la parte superior) a menor preferencia (en la parte inferior).** | ***Ejemplo (solo ilustrativo, no pretende influir en las preferencias de los participantes del Grupo AMC)*** |
| Plataforma de la vacuna | a. ARNm |  | *l. Precio más bajo* |
| b. Inactivada |  | *k. Menos dosis por régimen* |
| c. Vector viral |  | *d. Vacunas precalificadas por la OMS* |
| Proceso regulatorio | d. Vacunas precalificadas por la OMS |  | *g. Vacunas con requisitos habituales de la cadena de frío (2-8 °C)* |
| e. Vacunas que de momento han recibido la aprobación de una Autoridad Reguladora Estricta |  | *b. Inactivadas* |
| f. Vacunas que de momento solo se han incluido en la Lista de uso en emergencias |  | *e. Vacunas que de momento han recibido la aprobación de una Autoridad Reguladora Estricta* |
| Requisitos de la cadena de frío | g. Vacunas con requisitos habituales de la cadena de frío (2-8 °C) |  | *c. Vector viral* |
| h. Vacunas con requisitos habituales de la cadena de frío (-20 °C) |  | *h. Vacunas con requisitos de cadena de frío (-20 °C)* |
| i. Vacunas con requisitos de cadena ultrafría (-70 °C) |  | *f. Vacunas que de momento solo se han incluido en la Lista de uso en emergencias* |
| Dosis por vial/presentación | j. Menos dosis por vial (menos de 10) |  | *j. Menos dosis por vial (menos de 10)* |
| Dosis por régimen/curso | l. Menos dosis por régimen |  | *a. ARNm* |
| Precio | m. Precio más bajo |  | *i. Vacunas con requisitos de cadena ultrafría (-70 °C)* |

1. Suponiendo que dos vacunas aprobadas con características equivalentes estén disponibles a través del Mecanismo COVAX en un plazo de 3-6 meses de diferencia entre ellas, ¿cuál de las siguientes opciones elegiría? Marque una respuesta.

Implementar la vacunación contra la COVID-19 con ambos productos en su programa de vacunas para acelerar la recepción y el suministro de vacunas aprobadas

Aceptar una ritmo más lento de recepción de vacunas aprobadas (por ejemplo, en unos 6 meses) para evitar complicaciones programáticas y logísticas derivadas del suministro de dos productos diferentes

Justificación (opcional):

1. **INFORMACIÓN SOBRE PREPARACIÓN REGULATORIA Y DE SEGURIDAD**

*En el pasado, la falta de preparación regulatoria y de seguridad ha retrasado la recepción oportuna de vacunas por parte de los países. La información aquí recopilada se utilizará para optimizar la asignación comprendiendo los procesos reglamentarios y los plazos de los Participantes del Grupo AMC.*

1. ¿Existe un mecanismo definido para admitir o ampararse en la Lista de uso en emergencias (EUL) de la OMS o en la Precalificación de la OMS?

Lista de uso en emergencias de la OMS: Sí  No

Precalificación de la OMS: Sí  No

1. ¿Existe un mecanismo definido para admitir o basarse en decisiones reglamentarias (autorización de comercialización o aprobación de emergencia) de Autoridades Regulatorias Estrictas (ARE)?

Autorización de comercialización: Sí  No

En caso afirmativo, enumere los países con las ARE pertinentes:

Aprobación de emergencia: Sí  No

En caso afirmativo, enumere los países con las ARE pertinentes:

1. ¿Existen vías reglamentarias aceleradas para la aprobación de productos médicos contra la COVID-19 (terapéuticos y vacunas) distintos de la Lista de uso en emergencias de la OMS, la precalificación de la OMS o la aprobación de emergencia o la autorización de comercialización de la ARE?

Sí  No

1. ¿Cuál es el máximo de días hábiles necesarios para obtener la aprobación de emergencia, teniendo en cuenta que existen estos mecanismos (preferiblemente en menos de 15 días hábiles)?

      días laborables

1. ¿Cuáles son los requisitos y la lista de documentos mínimos necesarios para las aprobaciones regulatorias de los productos contra la COVID-19 a través de las vías de emergencia o aceleradas definidas? *Adjunte una copia de los requisitos/documentos de las vías de emergencia o aceleradas o proporcione el enlace si es de dominio público.*

1. ¿Puede expedirse un permiso de importación en menos de cinco (5) días laborables?

Sí  No

      días laborables

1. ¿Cuáles son los requisitos y la lista de documentos mínimos necesarios para importar terapias o vacunas contra la COVID-19? *Adjunte la lista de documentos necesarios para el permiso de importación o proporcione un enlace si es de dominio público.*

1. ¿Existe una exención de liberación de lotes o puede la vacuna contra la COVID-19 liberarse en menos de dos días revisando únicamente el protocolo de lote resumido (no se requieren pruebas)?

Sí  No

1. ¿Existe un sistema que pueda controlar e investigar la inocuidad de los productos médicos de emergencia o el acceso a la información de farmacovigilancia internacional disponible?

Sí  No

¿Es usted miembro de la red de farmacovigilancia de la OMS-UMC?

Sí  No

1. **CAPACIDAD DE LA CADENA DE FRÍO Y LOGÍSTICA**

**CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO EN FRÍO NACIONAL/CENTRAL**

*Las vacunas contra la COVID-19 están actualmente en desarrollo y tienen diferentes requisitos de almacenamiento en la cadena de frío, incluidos los de almacenamiento a -70 °C (cadena ultrafría), -20 °C o 2-8 °C[[1]](#footnote-1). Describa sus expectativas actuales de capacidad a nivel nacional/central respecto al almacenamiento de una vacuna contra la COVID-19 que requiera cada tipo de almacenamiento en la cadena de frío. A efectos de calcular, supongamos un tamaño de envase secundario por dosis de 4,6 cm3 y una pauta de dos dosis.*

1. A nivel nacional/central, ¿se almacenan vacunas en sus envases secundarios (cajas) o terciarios (palés)? Secundario Terciario
2. Rellene la siguiente tabla.

|  |  |
| --- | --- |
| **Requisito de almacenamiento** | **¿Cuál es su capacidad total actual de almacenamiento en frío a nivel central/nacional?** |
| 2-8 °C | m3 netos disponibles |
| -20 °C | m3 netos disponibles |
| -70°C (cadena ultrafría) | m3 netos disponibles |

1. Rellene la siguiente tabla.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Requisito de almacenamiento** | **¿Cuál es el tamaño máximo de envío que se podría recibir o captar (en m3)?** | **¿Con qué frecuencia de entrega (en semanas) se podrían recibir los envíos de este tamaño?** |
| 2-8 °C | m3 | semanas |
| -20 °C | m3 | semanas |
| -70°C (cadena ultrafría) | m3 | semanas |

1. Conteste a las siguientes preguntas sobre el almacenamiento en cadena de frío de contingencia (actualmente no hay capacidad de almacenamiento adicional disponible, pero podría haberla si fuese necesario y la capacidad nacional de la cadena de frío fuese insuficiente).

¿Hay capacidad de contingencia de almacenamiento de la cadena de frío?

Sí  No

¿Necesita un contenedor refrigerado de almacenamiento para el almacenamiento en cadena fría?

Sí  No

Rellene la siguiente tabla.

|  |  |
| --- | --- |
| **Requisito de almacenamiento** | **Capacidad total de contingencia de almacenamiento de la cadena de frío** |
| 2-8 °C | m3 netos disponibles |
| -20 °C | m3 netos disponibles |
| -70 °C (cadena ultrafría) | m3 netos disponibles |

1. Conteste a las siguientes preguntas sobre el almacenamiento de contingencia ambiental:

¿Hay capacidad de almacenamiento de contingencia disponible para artículos auxiliares?

Sí  No

¿Necesita un contenedor para el almacenamiento de artículos auxiliares?

Sí  No

**AEROPUERTO/S DE ENTREGA (ENVÍOS INTERNACIONALES)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Nombre** | **Horario** | **Destinatario** | **Reenvasado/Almacenamiento en frío disponible** | | **Agente de compensación** |
|  |  |  |  | Sí | En caso afirmativo, describa la capacidad de almacenamiento en frío en la siguiente tabla. |  |
| No | En caso negativo, especifique:   * ¿Tiene un proceso previo de despacho para recoger las vacunas aprobadas a su llegada?   Sí  No   * ¿Con cuántos días de antelación se necesita el documento de preasesoramiento para el envío de vacunas aprobadas?         días |

**CAPACIDAD DE ALMACENAMIENTO DE LA CADENA DE FRÍO POR AEROPUERTO DE ENTRADA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del puerto de entrada:** | **Código del puerto de entrada:** | |
| Capacidad de almacenamiento de la cadena de frío | m3 netos disponibles COVID-19 (2-8 °C) | |
| m3 netos disponibles COVID-19 (-20 °C) | |
| m3 netos disponibles COVID-19 (-70 °C) | |
| Capacidad de almacenamiento de la cadena de frío disponible para la vacuna aprobada contra la COVID-19 | m3 netos disponibles COVID-19 (2-8 °C) | |
| m3 netos disponibles COVID-19 (-20 °C) | |
| m3 netos disponibles COVID-19 (-70 °C) | |
| ¿Está la cadena de frío en depósito? | Sí  No | |
| Método de manejo de carga/descarga | Manual  Mecánico | |
| Tiempo estimado de transporte desde este puerto de entrada al primer almacén | horas |

**DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL ENVÍO**

Los documentos por defecto son aceptables

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vacunas** | | |
| **Documento** | **¿Original o copia?**  [Original/Copia] | **¿Cuánto tiempo de antelación?**  [24 h/48 h/1 semana/1 mes/N/A] |
| Certificado de análisis |  |  |
| Certificado de origen |  |  |
| Lista de embalajes (número de lote y fecha de caducidad) |  |  |
| Certificado de venta gratuito |  |  |
| Factura proforma |  |  |
| Factura de la ruta aérea |  |  |
| Otros documentos, si procede[[2]](#footnote-2) – *enumérelos:* |  |  |
| **Artículos auxiliares** | | |
| **Documento** | **¿Original o copia?**  [Original/Copia] | **¿Cuánto tiempo de antelación?**  [24 h/48 h/1 semana/1 mes/N/A] |
| Certificado de análisis |  |  |
| Certificado de origen |  |  |
| Lista de embalajes (número de lote y fecha de caducidad) |  |  |
| Certificado de venta gratuito |  |  |
| Factura proforma |  |  |
| Factura de la ruta aérea |  |  |
| Otros documentos, si procede1 – *enumérelos:* |  |  |

**INDEMNIZACIÓN**

*El suministro de vacunas aprobadas al País estará supeditado a que el País acepte primero indemnizar al fabricante correspondiente por las reclamaciones de responsabilidad de producto asociadas con el uso o la administración de la vacuna aprobada. Asimismo, el País estará obligado a suscribir un acuerdo de indemnización (el «Acuerdo de Indemnización»), en forma de Anexo de esta Parte B de la Solicitud, con los fabricantes pertinentes y de acuerdo con los Términos y Condiciones del AMC del Mecanismo COVAX 2022.*

*El Mecanismo COVAX ha establecido un mecanismo de compensación sin culpa para compensar a aquellas personas en cualquiera de los Grupos del AMC que sufran un efecto adverso grave que se considere que está asociado con la Vacuna Aprobada o su administración. El pago de la indemnización que se proporcionará a las personas antes mencionadas será la liquidación íntegra y definitiva de toda reclamación (ya sea contra el fabricante o cualquier otra parte implicada en la distribución o administración de la Vacuna Aprobada) derivada del efecto adverso grave en cuestión o relacionada con este.*

*La información aquí recopilada se utilizará para optimizar la asignación al comprender de antemano: (i) la capacidad del País para suscribir dicho/s Acuerdo/s de Indemnización con el/los fabricante/s y los procesos y plazos para hacerlo; y (ii) la capacidad de los individuos dentro del País para aceptar el pago bajo el mecanismo de indemnización en liquidación íntegra y definitiva de todas las reclamaciones en relación con el efecto adverso grave en cuestión. Proporcione información sobre los siguientes aspectos.*

1. ¿Concede el País inmunidad respecto a los litigios de agravios a los fabricantes de vacunas y otros agentes por las actividades de desarrollo y la administración de una vacuna en relación con la COVID-19?

Sí  No

1. ¿Se exigirá que se apruebe una ley en el País para que este pueda (a) suscribir acuerdos de indemnización con los fabricantes de vacunas aprobadas; o (b) indemnizar al fabricante o fabricantes de las vacunas aprobadas, en virtud del Acuerdo de Indemnización?;

Sí  No

1. En caso de que sea necesaria una legislación, indique cuántas semanas tardaría el País en aprobar toda la legislación pertinente para poder suscribir los acuerdos de indemnización con los fabricantes mencionados anteriormente o proporcionar la indemnización requerida de conformidad con estos.

      semanas

1. Indique quién (puesto y nombre del titular actual del puesto) tiene la autoridad necesaria para, en nombre y por cuenta del país, suscribir dicho acuerdo de indemnización con los fabricantes de vacunas aprobadas asignadas al país.

Puesto:

Nombre del titular actual del puesto:

1. Indique cuántas semanas tardaría el país en suscribir dicho Acuerdo de Indemnización con el fabricante o los fabricantes.

      semanas

1. ¿Será necesario aprobar una ley en el País para permitir que las personas que sufran un acontecimiento adverso grave que se considere que esté asociado a una vacuna aprobada o a su administración acepten pagos de acuerdo con el mecanismo de compensación como liquidación íntegra y definitiva de cualquier reclamación que surja o esté relacionada con dicho acontecimiento adverso grave?

Sí  No

1. En caso de que sea necesaria una legislación, indique cuántas semanas tardaría el País en aprobar toda la legislación pertinente para permitir que las personas que sufran acontecimientos adversos graves asociados a la vacuna aprobada o a su administración acepten pagos de acuerdo con el mecanismo de compensación como liquidación íntegra y definitiva de cualquier reclamación que surja o esté relacionada con dicho acontecimiento adverso grave.

      semanas]

NOMBRE DEL PARTICIPANTE DEL GRUPO AMC HOJA DE FIRMAS

Nombre del Participante del Grupo AMC desea extender la asociación existente con Gavi para la mejora del programa de inmunización del país y, en concreto, solicita el apoyo del Mecanismo COVAX para: Vacuna aprobada contra la COVID-19.

Nombre del Participante del Grupo AMC se compromete a desarrollar los servicios nacionales de inmunización sobre una base sostenible de acuerdo con los planes estratégicos nacionales de salud e inmunización.

En caso de que haya conflicto entre la versión en inglés de esta solicitud y una versión traducida, prevalecerá la versión en inglés.

Recuerde que el Mecanismo COVAX no considerará esta solicitud sin las firmas del Ministro de Sanidad y del Ministro de Hacienda o sus delegados.

*Nosotros, los abajo firmantes, declaramos que los objetivos y actividades de esta solicitud se adaptan plenamente al plan estratégico nacional de salud e inmunización (o equivalente), y que los fondos para la aplicación de cualquier actividad del Mecanismo COVAX, incluidos los fondos nacionales, se incluirán en el presupuesto anual del Ministerio de Salud.*

*Nosotros, los abajo firmantes, confirmamos que el país ha comprendido y aceptado que el suministro de la Vacuna Aprobada está condicionado a que el País firme primero un Acuerdo de Indemnización con cada fabricante de una Vacuna Aprobada asignada al País y de acuerdo con los Términos y Condiciones* del AMC del Mecanismo COVAX 2022*.* Puede solicitar el documento del Acuerdo de Indemnización al responsable sénior de país de Gavi o al contacto de referencia pertinente (el que corresponda).

|  |  |
| --- | --- |
| Ministro de Sanidad (o autoridad delegada) | Ministro de Hacienda (o autoridad delegada) |
| Nombre: | Nombre: |
| Fecha: | Fecha: |
| Firma: | Firma: |

1. De las candidatas actualmente en desarrollo, una requiere almacenamiento a -70 °C, otra a -20 °C y el resto a 2-8 °C. [↑](#footnote-ref-1)
2. *Cualquier requisito de documentación no estándar puede ralentizar la velocidad de entrega y aumentar los costes para los países.*  [↑](#footnote-ref-2)