|  |
| --- |
| ***Avertissement***  *Ce formulaire de demande de subvention (le « formulaire ») a été préparé par le Secrétariat MedTech Europe comme guide suggéré uniquement et ne doit pas être interprété comme un avis juridique pour des faits ou des circonstances particuliers. L'utilisation de ce formulaire ou de toute partie de celui-ci est à la seule discrétion et le risque des parties utilisateurs. MedTech Europe ne peut être tenue pour responsable de toute perte ou dommage pouvant résulter de l'utilisation du présent formulaire ou de ses parties. MedTech Europe se réserve le droit de modifier ou de modifier le formulaire ou toute partie de celui-ci à tout moment sans préavis* |

Formulaire de demande de subvention :

Subvention éducative - Événements éducatifs organisés par des tiers

Coloplast adhère au MedTech Europe Code of Ethical Business Practice qui définit des règles strictes, claires et transparentes pour les relations de notre industrie avec les professionnels de la santé (HCP) et les organisations de soins de santé (HCO), y compris le soutien à l'éducation médicale indépendante par des subventions. Pour plus d'informations sur le Code de déontologie MedTech Europe <http://www.medtecheurope.org/legal-and-compliance/code>

|  |
| --- |
| **Instructions - Veuillez lire avant de remplir le formulaire**   * Les demandes de subvention doivent être soumises au moins 60 jours avant le premier événement / activité ayant lieu avec toutes les pièces jointes. Cependant, nous recommandons que la demande de subvention soit présentée 90 jours avant le premier événement / activité qui se déroule. Toute demande ne respectant pas cette chronologie sera rejetée. * Veuillez noter qu'il n'y a aucune garantie que tout le montant demandé sera accordé. Coloplast peut rejeter, approuver en totalité ou approuver un montant inférieur à son entière discrétion. * Le formulaire rempli comprenant tous les documents justificatifs requis doit être envoyé par courrier électronique à l'adresse électronique mentionnée sur le site. |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Information relative aux demandeurs** | |
| Nom complet |  |
| Structure opérationnelle / Statut juridique (par exemple, Corp, GmbH, A / S, Ltd., etc.) |  |
| Identification fiscale |  |
| Adresse |  |
| Ville d'enregistrement |  |
| Pays d'activité principale |  |
| Mission d’organisation  (Veuillez fournir une description de la mission éducative / scientifique de l'organisation, domaine d'activité, projets / coopérations notables) |  |
| Site Internet |  |
| Chef d'organisation [[1]](#footnote-2) | Nom complet :  Position dans l’organisation : |
| Personne de contact soumettant la demande | Nom complet :  Position dans l’organisation :  Numéro de Téléphone:  Adresse: |
| **2. Grant Request Details** | |
| Type of Grant  *(please tick the box)* | ☐ \* Evènements organisés par un tiers et participation des professionnels de santé  ☐ Bourses d’étude et autres types de subvention  \* Veuillez cocher la réponse devant la marque carrée |
| Zones thérapeutique ou de diagnostique |  |
| Pays dans lequel la Subvention est destinée |  |
| Veuillez fournir une description détaillée de la façon dont la Subvention sera utilisée (par exemple, nombre de HCP, montant moyen proposé par les HCP pour les vols, montant moyen proposé par HCP pour les frais d'inscription, etc.)   * Documentation justificative requise : un aperçu du budget (voir la section 7).   *Note:*  *D'une manière générale, nous excluons la subvention pour couvrir uniquement les coûts liés à l'organisation de l'événement éducatif (par exemple, le loyer des locaux où l'événement se déroule) ou les coûts d'inscription, de déplacement et d'hébergement des HCP participants. La Subvention ne sera pas fournie pour couvrir les coûts liés à l'organisation des activités de loisir et de divertissement ou pour l'invitation des conjoints / partenaires des HCP. En outre, aucun financement ne sera fourni pour couvrir les dépenses d'exploitation ordinaires, les coûts de fonctionnement de l'organisation et d'autres éléments budgétaires qui ne sont pas directement liés à l'éducation.* |  |
| Montant du financement demandé à Coloplast |  |
| Montant du financement externe demandé au total |  |
| Pourcentage du budget global recherché par Coloplast |  |
| Détails du compte en banque  *(Ce doit être un compte au nom du corps qui fait l'application et non un individu)* | Nom de la banque :  Pays de la banque :  Titulaire du compte:  IBAN:  BIC or SWIFT: |
| **3. Détails de l'événement éducatif** | |
| Titre |  |
| Dates | Date de début (jj/mm/aaaa) : Date de fin (jj/mm/aaaa) : |
| Location | Ville:  Etat:  Pays: |
| Lieu | Nom:  Adresse:  Site Internet : |
| Objectif de l'événement éducatif : veuillez fournir une description détaillée de la portée, du but et des résultats anticipés du programme.   * Documentation justificative requise : programme le plus à jour (voir la section 7.) |  |
| *)* *Public cible par l'événement éducatif (cochez la case)* | ☐ Local  ☐ National  ☐ International |
| *Est-ce que l'événement éducatif été approuvé par le système Conférence Ethical MedtechVetting?  Remarque: Plus d'informations sur le système sont disponibles à*  [*http://www.ethicalmedtech.eu/*](http://www.ethicalmedtech.eu/) | ☐\* OUI  ☐ NON |
| Si “NON”, Veuillez indiquer la raison | ☐\* L'événement ne nécessite pas l'approbation du système Ethical Medtech Conference Vetting, car il ne relève pas de son champ d'application (Voir la portée à: <https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/eligibility-scope/>)  ☐ L'événement n'est actuellement pas répertorié dans le calendrier de Ethical Medtech (Voir le calendrier à :  <http://www.ethicalmedtech.eu/> )  ☐ L'événement est actuellement répertorié dans un statut "A EFFECTUER" dans le calendrier de la Ethical Medtech  ☐ L'événement est actuellement répertorié dans un état « PAS ÉVALUÉ » sur le calendrier Ethical Medtech  ☐ L'événement est actuellement répertorié dans un statut « PARTIELLEMENT CONFORMÉMENT » dans le calendrier de Ethical Medtech  ☐ L'événement a été évalué comme "NON CONFORME" sur le calendrier de la conférence Ethical Medtech  ☐ Autre (veuillez préciser) ... |
| **4.Participations des HCPs aux événements éducatifs** | |
| Veuillez décrire la procédure de demande et les critères selon lesquels les bénéficiaires de la subvention seront sélectionnés |  |
| Veuillez fournir le nom et / ou le poste de la personne responsable de sélectionner les HCP pour participer aux événements éducatifs |  |
| **5. Soutien précédent la subvention** | |
| Votre organisation a déjà demandé ou reçu un financement de Coloplast avant ? | ☐\* OUI  ☐ NON  \*Veuillez cocher la réponse devant la marque carrée |
| Si “OUI” Veuillez indiquer le montant, la date et le but de la subvention demandée / attribuée ? |  |
| **6. Remarques** | |
|  | |
| **7. Documents à l'appui** | |
| Veuillez joindre les pièces justificatives suivantes à ce formulaire :   * Une copie du programme provisoire le plus à jour, du programme ou du matériel de communication relatif à l'événement éducatif * Un projet de budget précisant comment les fonds seront dépensés | |

Je déclare que :  
  
Ce formulaire a été rempli pour le compte de l'organisation requérante ;  
L'information fournie sous cette forme et dans les pièces justificatives est vraie et précise ;

La demande de subvention n'est pas implicitement ou explicitement liée de quelque manière que ce soit, offre, bail, recommandations, prescription, utilisation, fourniture ou approvisionnement futurs des produits ou des services de la Société

1. Le responsable de l'organisation sera la personne qui devra signer la convention de subvention qui est une exigence de paiement, si Coloplast approuve la demande. [↑](#footnote-ref-2)