|  |
| --- |
| ***Décharge de responsabilité***  *Ce formulaire de demande de don ou subvention a été rédigé avec le secrétariat du Medtech Europe. Il constitue un guide pratique pour les parties.*  *L’utilisation de ce formulaire reste à la charge des seules parties utilisatrices.*  Le code éthique du Medtech Europe prévoit des règles strictes, claires et transparentes, concernant les relations entre les industries et les professionnels de santé et/ou organisations de santé, incluant le financement de la formation médicale et scientifique par les industries, gérée en tout indépendance par les organisations bénéficiaires des dons. Pour plus d’informations sur le code éthique du Medtech Europe : <http://www.medtecheurope.org/legal-and-compliance/code> |

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DON**

**Indications – A lire avant de compléter le formulaire**

|  |
| --- |
| * Ce formulaire doit être utilisé pour toute demande de don ayant pour objet l’octroi de subventions pédagogiques ayant pour but de parrainer un évènement scientifique ou la participation de professionnels de santé à un événement scientifique ou une formation professionnelle. * Ce formulaire doit être retourné au minimum **120 jours** avant la date de l’événement accompagné des documents obligatoires. (Cf paragraphe 7) * Tout formulaire ne respectant pas ce délai sera rejeté. * Il n’est pas garanti que la totalité du financement demandé soit accordée par Coloplast. * Coloplast peut rejeter ou approuver en totalité, ou bien en partie la demande. |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Bénéficiaire** | |
| Dénomination sociale | Cliquez pour entrer du texte. |
| Forme juridique | Cliquez pour entrer du texte. |
| Adresse | Cliquez pour entrer du texte. |
| Ville - Pays | Cliquez pour entrer du texte. |
| **Objet** de l’organisation du bénéficiaire  Fournir **une description détaillée**en précisant  **champs d’activité, l’étendue, les projets et les coopérations en cours**. (*promotion de la recherche scientifique, formation, etc*)  **(Joindre un rapport d’activité en annexe)** | Cliquez pour entrer du texte. |
| Site web | Cliquez pour entrer du texte. |
| Représentant légal de l’organisation bénéficiaire [[1]](#footnote-2) | Nom Prénom: Cliquez pour entrer du texte.  Agissant en qualité de : Cliquez pour entrer du texte. |
| Personne soumettant la requête | Nom Prénom : Cliquez pour entrer du texte.  Agissant en qualité de : Cliquez pour entrer du texte.  N° de tél : Cliquez pour entrer du texte.  Email : Cliquez pour entrer du texte.  Adresse si différente de l’organisation : Cliquez pour entrer du texte. |
| *Informations bancaires*  *(Le titulaire du compte doit être l’entité bénéficiaire)* | Nom de la banque :Cliquez pour entrer du texte.  Pays de la banque: Cliquez pour entrer du texte.  Titulaire du compte:Cliquez pour entrer du texte.  IBAN:Cliquez pour entrer du texte.  BIC:Cliquez pour entrer du texte. |
| **2. Demande** | |
| Objet de la demande  *(Cocher la mention correspondante)* | ☐ Parrainage pour l’organisation d’un événement scientifique (Cf 3b)  ☐ Parrainage pour la participation de professionnels de santé à un événement scientifique (Cf 3c) |
| Domaine thérapeutique, scientifique ou médical |  |
| Montant total du besoin de financement | Cliquez pour entrer du texte. |
| Montant demandé à Coloplast | ………...euros  soit ... % du financement total. |
| **3.** **Détail de l’évènement** | |
| *Titre de l’évènement* | Cliquez pour entrer du texte. |
| Dates | Début de l’évènement :Cliquez pour entrer une date.  Fin de l’évènement:Cliquez pour entrer une date. |
| Lieu de l’évènement | Nom: (ex : Palais des congrès, Centre de formation, hôtel…)  Cliquez pour entrer du texte.  Adresse: Cliquez pour entrer du texte.  Ville-Pays :Cliquez pour entrer du texte.  Site web du lieu :Cliquez pour entrer du texte. |
| Préciser l’objectif de l’évènement : | Cliquez pour entrer du texte. |
| Public concerné par l’événement  *(Cocher la case correspondante)* | ☐ Régional  ☐ National  ☐ International |
| L’événement a t’il été approuvé par le CVS ?  *Pour plus d’informations sur le CVS:*  [*http://www.ethicalmedtech.eu/*](http://www.ethicalmedtech.eu/) | ☐ Oui ☐ Non |
| Si “NON”, merci d’indiquer la raison  (Cocher la case correspondante) | ☐ L’événement n’est dans le champs d’application du CVS (<https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/eligibility-scope/> )  ☐ L’événement n’est pas listé dans le calendrier des conférences  (Voir le calendrier sur <http://www.ethicalmedtech.eu/> )  ☐ L’événement est listé dans le calendrier, dans la case « en cours d’examen »  ☐ L’événement est listé dans le calendrier comme « non accepté »  ☐ L’événement est listé dans le calendrier comme « approuvé partiellement »  ☐ Autre : préciser ………. |
| **4. Prise en charge de professionnels de santé à un événement scientifique** | |
| Décrire la procédure et les critères de sélection des professionnels de santé | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Fournir le nom et la qualité de la personne en charge de la sélection des professionnels de santé | Nom Prénom: Cliquez pour entrer du texte.  Agissant en qualité de : Cliquez pour entrer du texte. |
| **5. Précédents dons reçus** |  |
| Le bénéficiaire a-t-il reçu précédemment un don/subvention de parrainage de Coloplast? | ☐ Oui ☐ Non |
| Si « Oui » indiquer le montant, la date et l’objet | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **6. Remarques** |  |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | |
| **7. Documents à joindre** | |
| ☐ Statuts de l’organisation  ☐ RIB  ☐ Budget prévisionnel indiquant comment les fonds seront dépensés  Pour la prise en charge de professionnel de santé, précisez :   * Nombre de professionnels de santé pris en charge, profession et spécialité, * Montant moyen des prises en charge par nature (frais de transport, hébergement, frais d’inscription) * La liste des professionnels de santé devra nous être retournée 10 semaines avant le début de l’évènement   ☐ Le programme de l’événement  ☐ Un bulletin d’inscription le cas échéant  *Rappel :*  *1. Les fonds versés ne peuvent être dépensés dans des postes qui ne sont pas directement liés au caractère scientifique ou pédagogique de l’événement. Ils ne doivent couvrir que les frais relatifs à la recherche, ou à l’organisation d’un événement ou à la prise en charge de la participation de professionnels de santé dans le respect de la législation française.*  *Les fonds versés ne peuvent pas couvrir des activités de loisirs ou la prise en charge d’invités de professionnels de santé.*  *2. Après l’évènement, il vous sera demandé un rapport détaillé permettant de retracer les dépenses des fonds versés pour chaque poste de dépenses, notamment la nature et le montant de chaque prise en charge accordée à chaque professionnel de santé.* | |

**Je déclare :**

Ce formulaire a été effectué au nom du seul bénéficiaire qui certifie l’exactitude des informations fournies dans ce formulaire. Cette demande n’a pas pour objectif implicite ou explicite d’inciter à la recommandation, la prescription ou l’achat des produits ou services de Coloplast.

Fait à

Le

Pour le BENEFICIAIRE

Nom et prénom du représentant :

Qualité:

(Cachet et signature *précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"*)

1. Le représentant légal de l’organisation est la personne habilitée à signer la convention de don. Dans le cas où Coloplast approuverait la demande du bénéficiaire, la signature de la convention sera exigée avant tout paiement. [↑](#footnote-ref-2)