|  |
| --- |
| **AvisoLegal**Este Formulário de Pedido de Subsídio (o “Formulário”) foi preparado pelo Secretariado da MedTech Europe como um guia sugerido, e não deve ser interpretado como aconselhamento legal para quaisquer fatos ou circunstâncias particulares. O uso deste Formulário ou de qualquer parte do mesmo será de inteira responsabilidade e risco das partes usuárias. A MedTech Europe ou a Coloplast não se responsabilizam por qualquer perda ou dano que possa resultar do uso deste Formulário ou de quaisquer partes dele. A MedTech Europe reserva-se o direito de alterar ou emendar o Formulário ou qualquer parte dele a qualquer momento, sem aviso prévio. |

Formulário[[1]](#footnote-1) de Solicitação de Subsídio:

Subsídio Educacional – Eventos Educacionais Organizados por Terceiros

A Coloplast adere ao Código de Ética de Práticas Comerciais da MedTech Europe, que estabelece regras rígidas, claras e transparentes para o relacionamento de nossa indústria com Profissionais de Saúde (HCPs) e Organizações de Saúde (HCOs), incluindo apoio à educação médica independente por meio de doações. Para mais informações sobre o Código de Ética da MedTech Europe: <https://www.ethicalmedtech.eu/wp-content/uploads/2017/09/MedTech-Europe-Code-of-Ethical-Business-Practice-QA-DG.pdf>

|  |
| --- |
| **Instruções – Por favor leia antes de preencher o formulário*** Os pedidos de subsídio devem ser apresentados pelo menos 60 dias antes do primeiro evento / atividade com toda a documentação de apoio anexa. No entanto, recomendamos que o pedido de subvenção seja apresentado 90 dias antes do primeiro evento / atividade. Qualquer aplicativo que não cumpra este cronograma será rejeitado.
* Por favor, note que não há garantia de que todo o montante solicitado seja concedido. A Coloplast pode rejeitar, aprovar integralmente ou aprovar uma quantia mais baixa a seu critério.
* O formulário preenchido, incluindo todos os documentos comprovativos necessários, deve ser enviado por e-mail para o endereço edugrantpt@coloplast.com mencionado no site ou enviado via serviço postal.
 |

**Todos os campos devem ser preenchidos – preencha o texto ou marque as caixas**

|  |
| --- |
| 1. **Informação do Candidato (Organização ou Instituição)**
 |
| Nome completo  |  |
| Estrutura Operacional/Estatuto Legal (e.g. Corp, GmbH, A/S, Ltd., etc.) |  |
| Número Fiscal |  |
| Morada |  |
| Cidade de Registo |  |
| País da atividade principal |  |
| Missão da Organização (forneça uma descrição da missão educacional/cientifica da organização, campo de atividade, projetos notáveis/operações conjuntas)  |  |
| Site da Internet |  |
| Chefe da Organização[[2]](#footnote-2)  | Nome completo: Posição dentro da organização: |
| Pessoa de contato que envia o pedido[[3]](#footnote-3) | Nome completo:Posição dentro da organização:Contato Telefónico:Morada:Endereço de e-mail: |

|  |
| --- |
| 1. **Detalhes do Subsídio**
 |
| Tipo de Subsídio | * Subsídios Educacionais para Apoiar Eventos (Organizados por Terceiros)
* Apoiar a Participação do Profissional de Saúde (HCP) em Eventos Educacionais Organizados por Terceiros
* Outros Subsídios Educacionais dados às Organizações de Saúde (HCOs) incluindo Bolsas de Estudo e Subsídios para Campanhas de Consciencialização Pública
 |
| Areas Terapêuticas  |  |
| País a que o Subsídio é destinado |  |
| Por favor forneça uma descrição detalhada de como o Subsídio será usado, por exemplo: * Número de Profissionais de Saúde (HCPs) a serem suportados,
* Valor médio proposto por Profissional de Saúde (HCP) para voos e outras despesas,
* Valor médio proposto por Profissional de Saúde (HCP) para honorários de registro etc.

Documentação de Apoio exigida: uma visão geral do orçamento (consulte a secção 7.)*Nota:* *Geralmente, exceto o Subsídio para cobrir apenas os custos relacionados à organização do Evento Educacional (por exemplo, o aluguer das instalações onde o evento irá decorrer) ou os custos de registo, viagem e estadia dos Profissionais de Saúde participantes. O Subsídio não será fornecido para cobrir os custos vinculados à organização de atividades de lazer / entretenimento ou para o convite de cônjuges / parceiros de Profissionais de Saúde. Além disso, nenhum financiamento será dado para cobrir despesas operacionais, custos correntes da organização e outros items orçamentados não diretamente vinculados à educação.*  |  |
| Montante do financiamento solicitado à Coloplast II Portugal, Lda |  |
| Montante do financiamento externo solicitado no total |  |
| Valor total solicitado para a atividade |  |
| Detalhes da conta bancária*(Esta deve ser uma conta em nome da organização que faz o pedido e não uma conta individual)* | Nome do banco:País do Banco:Titular da conta:IBAN ou número da conta:Código SWIF: |
| 1. **Detalhes do Evento Educacional**
 |
| Titulo |  |
| Datas (intervalo) | Data inicio (dd/mm/aaaa)Data final (dd/mm/aaaa) |
| Localização  | Cidade:País: |
| Local  | Nome:Morada:Website: |
| Objetivo do Evento Educacional: forneça uma descrição detalhada do âmbito, propósito e resultado antecipado do programa. * Documentação de suporte exigida: programa mais atualizado (consulte a secção 7.)
 |  |
| Público-Alvo pelo Evento Educacional  | * Local
* Nacional
* Internacional
 |
| O Evento Educacional foi aprovado pelo EthicalMedtech Conference Vetting System (CVS)Nota:É necessário só para eventos com comparticipação Internacional.Mais informações sobre o sistema estão disponíveis emhttp://www.ethicalmedtech.eu/ | * Sim
* Não (por favor elabore abaixo)

  |
| Se “NÂO”, por favor indique o motivo | * O Evento não requer aprovação do CVS, é um evento nacional
* O Evento não requer aprovação, não se enquadra no âmbito da Conference Vetting System4 (CVS)
* O Evento não está listado no calendário da conferência EthicalMedtech5
* O Evento está atualmente listado no estado “PARA SER REVISTO” no CVS
* O Evento está atualmente listado no estado “NÃO AVALIADO” no CVS
* O Evento está atualmente listado no estado “PARCIALMENTE CONFORME” no CVS
* O Evento foi avaliado como “NÃO CONFORME” no CVS
* Outro (por favor especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

4 Consulte âmbito em: https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/eligibility-scope/

5 Consulte calendário em: http://www.ethicalmedtech.eu/

|  |
| --- |
| 1. **Participação dos Profissionais de Saúde (HCPs) nos Eventos Educacionais**
 |
| Descreva o procedimento de inscrição e os critérios com base nos quais os beneficiários do Subsídio serão selecionados |  |
| Por favor forneça o nome e/ou posição da pessoa responsável por selecionar os Profissionais de Saúde (HCPs) para participar nos Eventos Educacionais |  |

|  |
| --- |
| 1. **Suportes a subsídios anteriores**
 |
| Sua Organização já solicitou ou recebeu financiamento da Coloplast antes? | * SIM
* NÃO
 |
| Se “SIM”, indique o montante, a data e objetivo do Subsídio solicitado/concedido. |  |

|  |
| --- |
| 1. **Observações**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Documentos de Suporte**
 |
| Por favor, anexe os seguintes documentos de Apoio a este formulário:* Uma cópia do “projeto” do programa, agenda ou material de comunicação mais atualizado, relacionado ao Evento Educacional.
* Um projeto do orçamento que define como os fundos serão gastos.
 |

Este formulário foi preenchido em nome da Organização solicitante;

As informações fornecidas neste formulário e nos documentos de suporte são verdadeiras e precisas;

A solicitação de Subsídio não está implícita ou explicitamente vinculada de forma alguma a compra, arrendamento, recomendação, prescrição, uso, fornecimento ou aquisição, presentes ou potenciais produtos ou serviços da Empresa.

1. 1 A Coloplast adaptou e personalizou este formulário [↑](#footnote-ref-1)
2. 2 O Chefe da Organização será a pessoa que precisará assinar o Contrato de Subsídio, que é um requisito para pagamento, se a Coloplast aprovar o pedido [↑](#footnote-ref-2)
3. 3 A Pessoa de contato que envia o pedido não pode ser a pessoa que recebe o subsídio [↑](#footnote-ref-3)