**Modulo di richiesta della Sponsorizzazione**

Sponsorizzazione formativa/Eventi formativi organizzati da terze parti

Coloplast aderisce al Codice Europeo di Pratica del Business Etico di MedTech Europe che stabilisce delle regole severe, chiare e trasparenti per le nostre relazioni commerciali con gli operatori e le Organizzazioni Sanitarie, incluso il sostegno alla formazione medica indipendente.

Per maggiori informazioni riguardo il Codice Etico di MedTech Europe: contattare il sito: <http://www.medtecheurope.org/legal-and-compliance/code>

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Istruzioni – Si prega di leggere prima di completare il modulo**   * Le richieste per la Sponsorizzazione devono essere presentate (complete di tutte le informazioni richieste) almeno 35 giorni prima dell’inizio dell’evento. * Coloplast si riserva il diritto di respingere, approvare in pieno o una parte a sua assoluta discrezione. * Il modulo deve essere inoltrato tramite e-mail all’indirizzo [eventi@coloplast.com](mailto:eventi@coloplast.com)o via faxal numero **051.4138299.** | | |
| **1.Informazioni del richiedente (Ospedale/Provider/Coloplast)** | | |
| Ragione sociale |  |
| Codice fiscale/Partita IVA |  |
| Indirizzo |  |
| Settore di attività |  |
| Sito web |  |
| Responsabile della sponsorizzazione [[1]](#footnote-2) | Nome completo:  Posizione all’interno dell’organizzazione: |
| Persona da contattare | Nome completo:  Posizione all’interno dell’organizzazione  Numero di telefono:  Indirizzo: |
| **2. Dettagli per la richiesta della Sponsorizzazione** | | |
| Tipo di Sponsorizzazione  *(Compilare il quadro)* | ☐ Partecipazione operatori sanitari\*  ☐ Partecipazione spazio espositivo/logo/distribuzione materiale |
| \*Area/reparto terapeutico o diagnostico/sottostruttura |  |
| \*Località |  |
| \*  1) Numero operatori sanitari  2) Importo per iscrizione  3) Importo per vitto e alloggio  4) Importo per viaggio  Importo totale della sponsorizzazione Coloplast |  |
| Importo totale finanziamento esterno richiesto |  |
| La percentuale del budget complessivo richiesta da Coloplast |  |
| Coordinate bancarie  *(Deve essere un conto a nome dell’Ente che presenta la domanda e non di un soggetto singolo)* | Nome della banca:  Paese della Banca:  Titolare del conto:  IBAN:  BIC o Codice SWIFT: |
| **3. Dettagli dell’evento formativo** | | |
| Titolo |  |
| Data | Data di inizio (giorno/mese/anno)  Data della fine (giorno/mese/ /anno) |
| Sede | Indirizzo: |
| Pubblico selezionato per l’evento formativo (barrare il riquadro*)* | ☐ Locale  ☐ Nazionale  ☐ Internazionale |
| L’evento è già stato approvato e visibile sul sito Medtech?  http://www.ethicalmedtech.eu | ☐ SI  ☐ NO |
| Se “NO”, indicare il motivo | ☐L’Evento non richiede l’approvazione del Sistema di controllo della Conferenza Etica di Medtech perché non rientra nel campo di applicazione  (Vedere I campi di applicazione nel sito :  <http://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/pilot-phase> )  ☐ L’evento non è attualmente elencato nel Calendario della Conferenza Etica di Medtech  (Vedere il calendario nel sito:  <http://www.ethicalmedtech.eu/> )  ☐ L’evento è attualmente elencato come “DA RIVEDERE nel Calendario della Conferenza Etica di Medtech  ☐ L’evento è attualmente elencato come “NON VALUTATO” nel Calendario della Conferenza Etica di Medtech  ☐ L’evento è attualmente elencato come “PARZIALMENTE CONFORME” nel Calendario della Conferenza Etica di Medtech  ☐ L’evento è stato valutato come “NON CONFORME” nel Calendario della Conferenza Etica di Medtech  ☐ Altro (specificare)... |
| **4. Partecipazione degli operatori sanitari agli eventi formativi** | | |
| Descrivere la procedura di domanda e i criteri in base ai quali verranno selezionati i beneficiari della sponsorizzazione |  |
| Fornire il nome e/o la posizione della persona responsabile per la selezione degli operatori sanitari |  |
| **5.Precedenti sponsorizzazioni** | | |
| L’organizzazione ha presentato precedentemente una domanda per una sponsorizzazione ricevuta da Coloplast? | ☐\* SI  ☐ NO |
| Se “SI”, indicare la somma, la data e il motivo della Sponsorizzazione richiesta |  |
| **6.Commenti** | | |
|  | | |
| **7. Documenti richiesti** | | |
| Allegare i seguenti documenti di sostegno a questo modulo:   * Copia del programma/locandina * Preventivo di spesa dettagliato | | |

Dichiaro che:

Questo modulo è stato completato per conto dell’organizzazione richiedente.

Le informazioni fornite in questo modulo e i documenti sono veritieri ed accurati.

In caso di invio tramite mail o fax, si prega di sottoscrivere il modulo

TIMBRO e FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. [↑](#footnote-ref-2)