|  |
| --- |
| ***Disclaimer****Il Modello di Richiesta di Contributo (di seguito il “Modello”) è stato redatto dal Secretariat di MedTech Europe unicamente come guida consigliata e non deve essere interpretato alla stregua di consulenza legale per nessuna circostanza o fatto specifico. Le parti che utilizzeranno il presente Modello o parte dello stesso, lo faranno a proprio rischio ed esclusiva discrezione. A MedTech Europe non sarà attribuita alcuna responsabilità per qualsivoglia perdita o danno derivante dall’uso del presente Modello o di parte dello stesso. MedTech Europe si riserva il diritto di apportare modifiche o variazioni al Modello o a parti dello stesso in qualsiasi momento e senza preavviso.* |

Modello di Richiesta di Contributo:

Contributi per la Formazione nell’ambito di Eventi Formativi Organizzati da Terzi

La Società opera in conformità alle disposizioni del Codice Etico di MedTech Europe in cui si delineano norme rigorose, chiare e trasparenti nell’ambito del rapporto tra il settore e i Professionisti e le Organizzazioni Sanitarie, includendo con ciò il sostegno alla formazione medica indipendente tramite la concessione di contributi. Per ulteriori informazioni in merito al Codice Etico di MedTech Europe consultare il seguente indirizzo: <http://www.medtecheurope.org/industry-themes/topic/93>

|  |
| --- |
| **Istruzioni – Prima di compilare il Modello, si prega di leggere quanto segue:*** Le richieste di contributo devono essere presentate almeno x giorni prima dell’evento o dell’attività che si svolgerà per primo/a, comprensive di tutta la documentazione a supporto. Le richieste che non rispettino tali indicazioni saranno rifiutate.
* Tuttavia, non vi è alcuna garanzia che venga concesso l’intero importo richiesto. La Società, a sua totale discrezione, ha la facoltà di rifiutare o approvare l’intero importo oppure di approvarne una parte minore.
* Il Modello, compilato in ogni sua parte, firmato e comprensivo di tutta la documentazione a supporto, dovrà essere trasmesso per email al seguente indirizzo: indirizzo email.
 |

|  |
| --- |
| **1. Dati del richiedente** |
| Nome e Cognome  |  |
| Struttura operativa/Forma giuridica |  |
| Codice di identificazione fiscale |  |
| Indirizzo |  |
| Missione dell’organizzazione(fornire una descrizione della missione scientifica/formativa dell’organizzazione, del campo di attività, di progetti o collaborazioni di rilievo) |  |
| Sito web |  |
| Persona a capo dell’organizzazione  | Nome e Cognome:Posizione all’interno dell’organizzazione: |
| Persona di contatto inoltrante la richiesta | Nome e Cognome:Posizione all’interno dell’organizzazione:Numero di telefono:Indirizzo: |
| **2. Dati della Richiesta di Contributo** |
| Tipo di Stanziamento*(barrare la casella corrispondente)* | ☐ A sostegno della partecipazione di Professionisti Sanitari a Eventi Formativi Organizzati da Terzi (di seguito “Eventi Formativi”)☐ A sostegno di Eventi Formativi  |
| Aree terapeutiche o diagnostiche |  |
| Paese/(i) beneficiario/(i) del contributo |  |
| Fornire una descrizione dettagliata sulle modalità di utilizzo del contributo (ad esempio, il numero di Professionisti Sanitari beneficiari dello contributo, l’importo medio (in Euro) proposto per i viaggi aerei dei singoli Professionisti Sanitari, l’importo medio (in Euro) proposto per le quote di iscrizione dei singoli Professionisti Sanitari, ecc.)* Documentazione a supporto richiesta: una visione d’insieme del preventivo di spesa

*Nota:* *In termini generali, il contributo dovrà coprire esclusivamente i costi relativi all’organizzazione dell’Evento Formativo (ad esempio, l’affitto della struttura in cui si svolge l’evento) o i costi di iscrizione, viaggi e alloggio per la partecipazione dei Professionisti Sanitari. Lo stanziamento non si intende destinato all’organizzazione di attività ricreative o di intrattenimento oppure per sostenere le spese relative all’invito di coniugi/partner dei Professionisti Sanitari. Non sono concessi inoltre stanziamenti per la copertura delle spese ordinarie operative o correnti dell’organizzazione e altre voci a preventivo che non siano direttamente connesse alla formazione.* |  |
| Importo del contributo richiesto dalla Società (in Euro) |  |
| Importo del contributo esterno complessivo richiesto  |  |
| Percentuale del preventivo di spesa complessivo richiesto dalla Società |  |
| Dati del personale responsabile dei controlli finanziari sui fondi relativi ai contributi (ad esempio, il reparto finanziario del richiedente, la società di revisione legale, ecc.). |  |
| Coordinate bancarie*(Il conto bancario deve essere intestato all’ente richiedente e non a un singolo individuo).*  | Nome dell’Istituto bancario: Paese dell’Istituto bancario: Intestatario del conto:Codice IBAN:Codice BIC o SWIFT: |
| **3. Dati dell’Evento Formativo** |
| Nome dell’Evento |  |
| Data | Data di inizio (gg/mm/aaaa): Data di fine (gg/mm/aaaa): |
| Sede dell’Evento | Città:Stato:Paese: |
| Struttura ospitante | Nome:Indirizzo:Sito web: |
| Obiettivo dell’Evento Formativo: fornire una descrizione dettagliata dello scopo, degli obiettivi e dell’esito previsto del programma.* Documentazione a supporto richiesta: versione più recente del programma
 |  |
| Destinatari principali dell’Evento Formativo *(barrare la casella corrispondente)* | ☐ Locali☐ Nazionali☐ Internazionali |
| L’Evento Formativo è stato sottoposto all’approvazione dell’Ethical MedTech Conference Vetting System?*Nota:**Ulteriori informazioni relative al sistema sono disponibili al seguente indirizzo:*[*http://www.ethicalmedtech.eu/*](http://www.ethicalmedtech.eu/) | ☐ SI’☐ NO |
| Se “SI’”, fornire una motivazione | ☐ SI’, l’Evento è conforme☐ SI’, il processo di accertamento della conformità è ancora in corso |
| Se “NO”, fornire una motivazione | ☐ L’Evento non richiede l’approvazione del Conference Vetting System e non rientra nell’ambito di applicazione dello stesso(Per l’ambito di applicazione si consulti il seguente indirizzo:<http://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/pilot-phase> )☐ Altro (specificare)... |
| **4. Partecipazione dei Professionisti Sanitari agli Eventi Formativi** |
| Fornire una descrizione della procedura e dei criteri in base ai quali saranno selezionati i beneficiari del contributo |  |
| Fornire il nome e/o la posizione della persona responsabile della selezione dei Professionisti Sanitari partecipanti agli Eventi Formativi |  |
| **5. Contributi concessi** **in precedenza** |
| La sua organizzazione ha già presentato richiesta o ricevuto un contributo da parte della Società in precedenza? | ☐ SI’☐ NO |
| Se “SI’”, indicare l’importo, la data e la destinazione dello contributo richiesto/conferito. |  |
| **6. Osservazioni** |
|  |
| **7. Documenti a supporto** |
| Allegare al presente Modello i seguenti documenti a supporto:* Copia dell’aggiornamento più recente della bozza del programma, ordine del giorno o materiale informativo relativo all’Evento Formativo.
* Bozza del preventivo di spesa delineante le modalità in cui verranno spesi gli stanziamenti.
 |

Io, sottoscritto, dichiaro che:

Il presente Modello è stato compilato per conto dell’organizzazione richiedente;

Le informazioni contenute nello stesso e nella documentazione a supporto sono veritiere e corrette;

Il contributo richiesto non è in alcun modo, implicitamente o esplicitamente, connesso con passate, presenti o future attività di acquisto, noleggio, raccomandazione, prescrizione, uso o fornitura di prodotti o servizi della Società.

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Posizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**