|  |
| --- |
| ***Avertissement***  *Ce Formulaire de demande de subvention a été rédigé par le Secrétariat Medtech ’Europe[[1]](#footnote-1).Il constitue un guide pratique pour les parties.* *L’utilisation de ce formulaire ou toute partie de celui-ci reste à la charge des seules parties utilisatrices.*  *Medtech Europe ou Coloplast ne saurait être tenu pour responsable de toute perte ou dommage pouvant résulter de l’utilisation de ce formulaire ou de toute partie de celui-ci.*  *MedTech Europe se réserve le droit de modifier le formulaire ou toute partie de celui-ci à tout moment et sans préavis.* |

**Formulaire de demande de subvention :**

**Subvention éducative – événements éducatifs organisés par des tierces parties**

Coloplast adhère au code de pratiques commerciales éthiques de MedTech Europe qui établit des règles strictes, claires et transparentes pour la relation de notre industrie avec les professionnels de santé et leurs organisations, y compris le soutien à l’éducation médicale indépendante par le biais de subventions. Pour plus d’informations sur le code d’éthique MedTech Europe: <https://www.ethicalmedtech.eu/wp-content/uploads/2017/09/MedTech-Europe-Code-of-Ethical-Business-Practice-QA-DG.pdf>

|  |
| --- |
| **Instructions – veuillez lire avant de remplir le formulaire**   * Les demandes de subvention doivent être soumises au moins 60 jours précédant le premier événement/activité ayant lieu avec toutes les pièces justificatives jointes. Cependant, nous recommandons de faire la demande de subvention 90 jours avant la première manifestation/activité. * Toute demande ne respectant pas ce calendrier sera rejetée. * Veuillez noter qu’il n’y a aucune garantie que la totalité de montant demandé soit accordé. Coloplast peut rejeter, approuver intégralement ou approuver un montant inférieur à sa discrétion absolue. * Le formulaire et tous les documents justificatifs requis, doit être soumis : soit par e-mail à l’adresse e-mail mentionné [sur le site](https://www.coloplast.com/about-coloplast/responsibility/product-safety1/educational-grants/#section=Where-to-send-the-application_383393) ou envoyées par courrier. |

**Tous les champs doivent être complétés – remplissez le texte ou cochez les cases.**

|  |  |
| --- | --- |
| **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  veuillez décrire la mission éducative / scientifique de l’organisation, son domaine d’activité, ses projets …  ->Documents justificatifs requis : Statuts | Cliquez pour entrer du texte. |
| Site web | Cliquez pour entrer du texte. |
| Représentant légal de l’organisation bénéficiaire [[2]](#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. Détail de la demande de subvention** | |
| Objet de la demande  *(Cocher la mention correspondante)* | Subventions éducatives pour soutenir des événements organisés par des tiers / ou pour soutenir la participation de professionnels de santé à des événements éducatifs organisés par des tiers)  Autres subventions éducatives (y compris bourses d'études, bourses de recherche et subventions pour des campagnes de sensibilisation du public) |
| Domaine thérapeutique, scientifique ou médical | Cliquez pour entrer du texte. |
| 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 | Cliquez pour entrer du texte. |
| Date | Date de début (jj/mm/Aaaa)  Date de fin (dd/mm/Aaaa) |
| Lieu | Cliquez pour entrer du texte. |
| Objectif de la manifestation  Veuillez fournir une description détaillée de la portée, du but et des résultats attendus du programme.  ->Documents justificatifs requis : le programme détaillé de la manifestation (voir la section 7). | Cliquez pour entrer du texte. |
| Portée de l’évènement | Local  National  International |
| **4. Participation des professionnels de santé aux évènements éducatifs** |  |
| Veuillez décrire les critères sur la base desquels les professionnels de santé participant seront sélectionnés |  |
| Veuillez indiquer le nom et / ou le poste de la personne responsable de la sélection des professionnels de santé pour assister aux événements éducatifs. |  |
| **5.. Précédentes subventions reçues** |  |
| Le bénéficiaire a-t-il reçu précédemment une subvention 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 justificatifs** |  | | |
| **Veuillez joindre les pièces justificatives suivantes à ce formulaire :**  - Une lettre de demande  - Le programme détaillé, l’ordre du jour relatif à l’événement.  - Un budget prévisionnel définissant comment les fonds seront dépensés.  - Les statuts de l’organisation | |

**Je déclare que :**

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