**GORE Grants Office**

**Solicitud de Beca**

**Becas Educacionales – Eventos Educativos organizados por terceros**

Gore está adherido al Código Ético Empresarial de MedTech Europe que establece normas estrictas, claras y transparentes para la relación de nuestra industria con los profesionales de la salud (Healthcare Professionals - HCPs) y las organizaciones de salud (Healthcare Organisations - HCOs), incluyendo el apoyo independiente a la educación médica a través de becas. Para más información sobre el Código Ético Empresarial de MedTech Europe: <http://www.medtecheurope.org/industry-themes/topic/122>

|  |
| --- |
| **Instrucciones – Por favor, leer antes de cumplimentar el formulario*** Las solicitudes de beca deben presentarse con al menos **60 días** antes de que el primer evento o actividad tenga lugar y adjuntando la documentación adicional requerida. Cualquier evento que no cumpla este requisito será denegado.
* Las solicitudes deberán cubrir el período del 1 de abril al 31 de marzo preferiblemente.
* Rogamos tengan en cuenta que no existe ninguna garantía de que se conceda el importe solicitado en su totalidad. El Comité podrá denegar, aprobar íntegra o parcialmente el importe según su criterio.
* Todas las solicitudes deben ser presentadas y serán concedidas en Euros.
* El formulario, una vez cumplimentado y firmado, deberá enviarlo a la dirección de correo “mpd\_emea\_grants@wlgore.com” adjuntando documentación adicional si fuera necesario.
* Rogamos cumplimenten el formulario con letra mayúscula o de forma electrónica. En caso que sea posible, les agradeceríamos que cumplimentaran el formulario en inglés.
* Rogamos no proporcione nombres de profesionales de la salud en la solicitud o en sus comunicaciones a GORE, esto hará que su Solicitud de Beca sea denegada por el Comité. En el caso de que GORE requiera más información por motivos de transparencia u otros (dependiendo del país de origen del profesional de la salud) se le solicitará dicha información una vez que la beca haya sido revisada y aprobada por el Comité de Becas de GORE.
 |

**Para más información pueden contactar con nosotros en los teléfonos siguientes**

E-mail mpd\_emea\_grants@wlgore.com

Alemania / Austria + 49 (0)89 4612 2490
BeNeLux + 31 (0)13 507 47 13
Escandinavia + 46 31 706 78 30
Francia + 33 (0)1 56 95 64 84

Iberia + 34 934 806 935

Italia + 39 (0)45 620 93 75
UK / EEMEA + 44 (0)150 667 8021

**Parte I – Datos de la Organización Beneficiaria**

|  |
| --- |
| Nombre de la Organización Beneficiaria que solicita la beca |
|  |
| Dirección  |
|  |
| Identificación fiscal (NIF) |
|  |
| Marquen la casilla que mejor describa su organización |
| [ ]  Instituciones (ej. Hospital, Clínica, Farmacia)[ ]  Organizador de Congresos[ ]  Sociedad Médica / Asociaciones **(\*)**[ ]  Proveedores de Educación Médica (ej. Entidades de Acreditación de EMC, Fundación, …) **(\*)**[ ]  Otros **(\*)** **(\*)** Rogamos aporten la siguiente información(1) la copia firmada y fechada de los estatutos vigentes y (2) la documentación que acredite la constitución legal |
| Persona de contacto que envía la solicitud – Esta persona debe ser un representante de la organización que esté autorizada para solicitar esta beca y preparada para responder a preguntas de Gore. |
| Nombre completo |  |
| Cargo dentro la organización |  |
| Número de teléfono  |  |
| Dirección de correo electrónico  |  |
| Persona autorizada para firmar el contrato entre GORE y la Organización Beneficiaria: |
| Nombre completo |  |
| Cargo dentro la organización |  |

**Parte II – Datos de la Agencia (Si la solicitud se hace en nombre de la Organización Beneficiaria)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Agencia |  |
| Dirección  |  |
| Identificación fiscal (NIF) |  |
| Persona de contacto- Nombre completo |  |
| Persona de contacto- dirección de correo electrónico |  |
| Persona de contacto- Número de teléfono |  |
| Nombre completo de la persona autorizada para firmar el contrato tripartito entre la Organización Beneficiaria, la Agencia y GORE |  |

**Parte III – Detalles de la Solicitud de Beca**

Seleccione la opción que más se ajuste a su solicitud:

* Solicitud de fondos para que los profesionales de la salud de la Organización Beneficiaria asistan a Eventos Educacionales 🡪 cumplimentar **ANEXO 1.**
* Solicitud de fondos para la organización de eventos educacionales 🡪 cumplimentar **ANEXO 2**.
* Solicitud en nombre de un Organizador de Congresos (PCO) 🡪 cumplimentar **ANEXO 3**.

Los Anexos forman parte del documento “Solicitud de Beca”.

**Parte IV – Datos Bancarios**

|  |
| --- |
| Nombre del banco |
|  |
| Nombre del titular de la cuenta bancaria |
|  |
| Número IBAN |
|  |
| Código BIC o SWIFT |
|  |
| Referencia del pago (en caso necesario) |
|  |

Declaro que:

* Este formulario ha sido cumplimentado en nombre de la Organización Beneficiaria;
* La información aportada en este formulario y en los documentos adjuntos es verdadera y exacta;
* Los datos bancarios proporcionados son los de la Organización Beneficiaria o de la Agencia que solicita la beca en nombre de la Organización Beneficiaria;
* Todos los gastos de este formulario están de acuerdo con el Código de “MedTech Europe Code of Ethical Business Practice”;
* La solicitud de beca no está implícita o explícitamente vinculada de ninguna manera, en el pasado, presente o futuro, a compras, arrendamiento, recomendación, prescripción, uso, suministro o adquisición de productos o servicios de Gore.

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Posición \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**ANEXO 1 - Solicitud de fondos para que los profesionales de la salud de la Organización Beneficiaria asistan a Eventos Educacionales**

|  |
| --- |
| GORE trabaja principalmente dentro de las siguientes áreas terapéuticas :1. Cirugía General (Cirugía Bariátrica, Hernia, Cirugía Colorrectal, Cirugía Torácica y Gastroenterología)
2. Cardiología Estructural (Adulta y Pediátrica)
3. Cardiovascular
4. Nefrología
5. Hipertensión Portal

En referencia a su solicitud, ¿cuántos profesionales médicos en total (incluyendo residentes, cirujanos, y Jefes de Departamento) podrían recibir financiación para los eventos mencionados en esta solicitud? Por favor, tenga en cuenta que necesitamos el número total de profesionales que **podrían** **recibir** financiación, no el número de profesionales que la **recibirán**. GORE distribuye los fondos según necesidades educacionales por área terapéutica. Indique el número de profesionales únicamente en el área terapéutica relacionada con los eventos para los cuáles solicita apoyo. Rogamos que especifiquen los diferentes departamentos (ej. Cirugía Vascular, Radiología Intervencionista, etc.) en caso necesario. |
| **Área terapéutica** | **Nº de profesionales** | **Departamento** |
| 1. Cirugía General
 |  |  |
| 1. Cardiología Estructural
 |  |  |
| 1. Cardiovascular
 |  |  |
| 1. Nefrología
 |  |  |
| 1. Hipertensión Portal
 |  |  |
| Rogamos que indiquen el nombre y el cargo de la persona responsable de seleccionar los profesionales médicos que atenderán a los eventos |
|  |
| Rogamos que indiquen el proceso y criterios que seguirán para seleccionar los beneficiarios de la Beca |
|  |

Tienen preferencia aquellos congresos que consideramos que son estratégicos dentro de nuestra área terapéutica y que además están incluidos en nuestra lista de eventos pre-aprobados. Tenemos disponible un listado actualizado de estos eventos, si lo necesitan pueden solicitarlo enviando un correo electrónico a mpd\_emea\_grants@wlgore.com

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del evento** | **Fechas** | **Nº HCPs que asistirán** | **Promedio de gastos****por HCP** | **Total por evento** |
|  |  |  | €  | € |
|  |  |  | €  | € |
|  |  |  | €  | € |
|  |  |  | €  | € |
|  |  |  | €  | € |
| **Total Anexo 1** | **€** |

Las becas educativas sólo cubrirán el transporte principal (tren y/o avión), hotel e inscripción, y no incluirán traslados ni comidas.

GORE normalmente no cubre gastos de gestión. Si su organización lo requiere, proporcione un desglose de los costes detallando los importes por concepto, que serán revisados por el Comité.

**ANEXO 2 - Solicitud de fondos para la organización de eventos educacionales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del evento** | **Fechas** | **Localización**  | **Fondos solicitados a GORE** |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
| **Total Anexo 2** | **€** |

Por favor adjunte y especifique:

* Programa actualizado del evento (o enlace al programa);
* Presupuesto del evento indicando un desglose de la previsión de gastos e ingresos (*ejemplo abajo)*;
* Público del evento: [ ]  Local [ ]  Nacional [ ]  Internacional
* Objetivos del evento: descripción del alcance, del propósito y del resultado anticipado:

¿Está solicitando financiamiento para sus eventos educativos a otras compañías?

[ ]  SÍ:

- Por favor indique el número estimado de compañías que les darán fondos:

- Por favor indique el importe total de financiamiento externo solicitado (incluyendo GORE):  **.-€**

[ ]  NO, GORE sería la única compañía que daría fondos para el evento educacional.

¿Proporcionará oportunidades de marketing a la Industria? [ ]  SÍ [ ]  NO

**Ejemplo de Presupuesto**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del evento** |  |  | **GASTOS** | **nº** | **Cantidad por HCP** | **Total** |
| **Duración** |  |  | **Alquiler Sala** |  | € | € |
| **Nº de participantes** |  | **Material AV**  |  | € | € |
|  |  | **Comida** |  | € | € |
|  | **Cena** |  | € | € |
| **INGRESOS** | **nº** | **Cantidad por HCP** | **Total** | **Otros****Por favor, especifique** |  | € | € |
| **Transporte** |  | € | € |
| **Inscripción**  |  | € | € | **Alojamiento** |  | € | € |
| **Sponsor 1 (GORE)** |  | € | € | **Honorarios Ponentes** |  | € | € |
| **Sponsor 2** |  | € | € | **Correos** |  | € | € |
| **Sponsor 3** |  | € | € | **Folletos** |  | € | € |
| **Otros** **Por favor, especifique** |  | € | € | **Otros** **Por favor, especifique** |  | € | € |
| Total de ingresos: | € | Total de Gastos: | € |

**ANEXO 3 - Solicitud en nombre de un Organizador de Congresos (PCO)**

|  |
| --- |
| **Nombre del evento, fechas, localización y programa (o enlace al programa)** |
|  |
| **Aprobación Conference Vetting System (MedTech y/o FENIN)** |
| Aprobación CVS (para eventos Europeos y/o Internacionales) o FENIN (para eventos nacionales): *Estado del evento* | [ ]  Aprobado[ ]  Presentado, esperando resolución[ ]  Aún no presentado[ ]  No aplica |

|  |  |
| --- | --- |
| **Total Anexo 3 para participantes** | **€** |
| **Total Anexo 3 para Ponentes** | **€** |
| **Total Anexo 3** | **€** |

Por favor proporcione la siguiente información en un documento a parte, indicando los importes correspondientes (*Plantilla disponible bajo solicitud*):

* Número de HCPs
* Especialidad (*ej. Cirujano Vascular*)
* País dónde ejerce habitualmente
* Inscripción
* Alojamiento (*nº de noches y precio por noche*)
* Transporte (*Tipo y precio*)
* Gastos de gestión (*proporcione un desglose de los costes detallando los importes por concepto)*
* Honorarios *(sólo para ponentes*)

Las becas educacionales no incluirán traslados ni comidas.

Si solicita una beca para Ponentes,rogamos que proporcionen la siguiente información:

|  |
| --- |
| **Beca para Ponente (\*) – Información general**  |
| *(\*) Definición de Ponente según el código de MedTech* *Se entiende por Ponente cualquier orador, moderador y/o presidente de mesa, que presente durante un evento educativo organizado por un tercero. Presentador en una sesión de pósters o abstracts no será considerado como Ponente.* |
|  | Nº aprox. de ponentes | Gasto total aprox. para los ponentes |
| ¿Cuántos ponentes tiene previsto tener en total? |  | € |
| ¿Para cuántos ponentes tiene previsto pedir apoyo a la Industria? |  | € |
| ¿Para cuántos ponentes tiene previsto pedir apoyo a GORE? |  | € |