**GORE Grants Office**

**Formulaire de Demande de Subvention en France**

**Subvention à caractère éducatif –Événements de formation organisés par des tiers**

GORE adhère au code d’éthique professionnelle de MedTech Europe, qui définit des règles strictes, claires et transparentes relatives aux relations des industriels avec les Professionnels de Santé (PDS) et les Organisations de Soins de Santé (HCOs), y compris en matière de soutien financier indépendant apporté à la formation médicale continue via les subventions. Pour plus d’information sur le code d’éthique de MedTech Europe, consultez le site Internet : <http://www.medtecheurope.org/industry-themes/topic/122>

|  |
| --- |
| **Instructions – Veuillez lire attentivement avant de compléter le formulaire*** Les demandes de subvention doivent être soumises, accompagnées de toute la documentation requise ci-jointe, au moins **180 jours** avant la date du premier événement/de la première activité. Tout événement/activité ne respectant pas ce délai sera rejeté.
* Idéalement, les demandes doivent couvrir la période du 1er avril au 31 mars.
* Veuillez noter qu’il n’y a aucune garantie d’obtention de l’intégralité du montant demandé. Le Comité pourra, à son entière discrétion, rejeter la demande, l’approuver intégralement ou approuver un montant inférieur.
* Toutes les demandes de subvention devront être libellées et seront octroyées en euros.
* Le présent formulaire complété et signé, accompagné de la documentation requise, seront soumis par courriel à l’adresse suivante : mpd\_emea\_grants@wlgore.com.
* Veuillez compléter ce formulaire par voie électronique ou en utilisant uniquement des majuscules. Veuillez compléter le formulaire en anglais dans la mesure du possible.
* Veuillez ne pas divulguer l’identité des Professionnels de Santé (PDS) ni dans le présent formulaire, ni dans vos communications avec GORE, car votre demande sera alors rejetée par le Comité. Si GORE requiert des informations détaillées pour des raisons de transparence ou de déclaration aux organismes compétents - selon le pays d'origine du professionnel de santé - il vous sera demandé de fournir ces informations une fois que la subvention aura été examinée et approuvée par le Comité de Subventions GORE.
 |

**Vous pouvez contacter le bureau de subvention de GORE pour de plus amples renseignements**

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

Allemagne / Autriche + 49 (0)89 4612 2490
Benelux + 31 (0)13 507 47 13
France + 33 (0)1 56 95 64 84

Iberia + 34 934 806 935

Italie + 39 (0)45 620 93 75
Scandinavie + 46 31 706 78 30
UK / EEMEA + 44 (0)150 667 8021

**Partie I –Informations concernant l’Organisation Bénéficiaire**

|  |
| --- |
| Nom de l’Organisation Bénéficiaire soumettant la demande de subvention |
|  |
| Adresse |
|  |
| Numéro d’identification fiscale (si applicable) |
|  |
| Numéro d’enregistrement de la société (SIRET / “KBO” en Belgique / “KvK” aux Pays-Bas / etc.) |
|  |
| Veuillez cocher la case décrivant le mieux votre organisation |
| [ ]  Établissement de santé (ex : Hôpital, Clinique, Pharmacie)[ ]  Organisateur de congrès[ ]  Sociétés savante / Association **(\*)**[ ]  Organisation de formation médicale (ex : organisation de formation continue, fondation) **(\*)**[ ]  Autre **(\*)** |
| Si vous avez coché l’une des options **(\*)** ci-dessus, veuillez fournir ci-dessous les détails de la structure organisationnelle : |
| * Nom des représentants légaux (ex : conseil de surveillance, président, etc.)
* Un exemplaire signé et daté des statuts à jour
* Preuve de la constitution (ex : document d’enregistrement, publication au Journal Officiel)
* Nombre de membres :
* Nombre de professionnels de santé qualifiés pour recevoir le soutien financier :
 |
| Contact soumettant la demande - Cette personne doit être un représentant autorisé à soumettre la présente demande de subvention, et être préparée à répondre aux questions de GORE : |
| Nom et prénom |  |
| Fonction au sein de l’Organisation |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Adresse e-mail |  |
| Personne autorisée à signer la convention de subvention entre GORE et l’Organisation Bénéficiaire |
| Nom et prénom |  |
| Fonction au sein de l’Organisation |  |

**Partie II – Informations concernant l’Organisation Tiers (si la demande est soumise au nom de l’Organisation Bénéficiaire)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’Organisation Tiers |  |
| Adresse |  |
| Numéro d’identification fiscale |  |
| Contact – nom et prénom |  |
| Contact – adresse e-mail  |  |
| Contact – numéro de téléphone |  |
| Nom et prénom de la personne autorisée à signer le contrat de subvention tripartite entre l’Organisation Bénéficiaire, l’Organisation Tiers et GORE |  |

**Partie III – La Demande de Subvention en détail**

Sélectionnez ce qui relève de votre demande :

* Demande de financement pour la participation de PDS de l’Organisation Bénéficiaire à des événements à caractère éducatif 🡪 compléter l’**ANNEXE 1** et la **FICHE DE RENSEIGNEMENT 1.**
* Demande de financement pour l’organisation d’événement(s) à caractère éducatif 🡪 compléter l’**ANNEXE 2**.
* Demande de financement de la part d’un Organisateur Professionnel de Congrès 🡪 compléter l’**ANNEXE 3**.

Les Annexes font partie intégrante de la présente demande de subvention.

**Part IV – Détails du versement de la subvention**

|  |
| --- |
| Nom de la banque |
|  |
| Nom du titulaire du compte |
|  |
| Numéro IBAN |
|  |
| Code BIC ou SWIFT |
|  |
| Référence du paiement (le cas échéant) |
|  |

Je déclare que :

* Ce formulaire a été rempli au nom de l’Organisation Bénéficiaire ;
* Les informations contenues dans ce formulaire ainsi que les pièces jointes sont vraies et exactes ;
* Les coordonnées bancaires fournies sont celles de l’Organisation Bénéficiaire ou de l’Organisation Tiers soumettant la demande au nom de l’Organisation Bénéficiaire ;
* Les dépenses mentionnées dans ce formulaire sont conformes au Code d’éthique professionnelle de MedTech Europe ;
* La présente demande de subvention n’est en aucune manière implicitement ou explicitement reliée, dans le passé, présent ou futur, à un achat, une location, une recommandation, une prescription, un usage, une offre ou un approvisionnement de produits ou services de GORE.

**Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fonction \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANNEXE 1 - Demande de financement pour la participation de PDS de l’Organisation Bénéficiaire à des événements à caractère éducatif**

|  |
| --- |
| GORE opère principalement dans les domaines thérapeutiques suivants :1. Chirurgie générale (chirurgie bariatrique, hernie, chirurgie colorectale, chirurgie thoracique et gastroentérologie)
2. Cardiopathies structurelles (Adulte et Pédiatrique)
3. Maladies cardiovasculaires
4. Néphrologie
5. Hypertension portale

Conformément à votre demande, combien de Professionnels de Santé au total sont susceptibles de bénéficier d’une subvention ? Veuillez noter que ce chiffre représente le nombre de Professionnels de Santé qui **pourrait bénéficier** de la subvention et non celui qui en **bénéficiera.** GORE attribue les fonds en fonction des besoins de formation par domaine thérapeutique. Vous ne pouvez entrer un nombre que pour le domaine thérapeutique des événements pour lequel vous postulez.Veuillez préciser les différents services (ex : chirurgie vasculaire, radiologie interventionnelle, etc.) s'il y a lieu. |
| **Domaine thérapeutique** | **Nº de PDS** | **Service(s)** |
| 1. Chirurgie générale
 |  |  |
| 1. Cardiopathies structurelles
 |  |  |
| 1. Maladies cardiovasculaires
 |  |  |
| 1. Néphrologie
 |  |  |
| 1. Hypertension portale
 |  |  |
| Veuillez indiquer le nom et la fonction de la personne responsable de la sélection des PDS qui assisteront aux événements |
|  |
| Veuillez décrire comment s’articule votre processus de demande de financement et selon quels critères les bénéficiaires des fonds sont sélectionnés |
|  |

La préférence sera donnée aux congrès qui s’inscrivent dans notre orientation stratégique et qui figurent sur notre liste d’événements approuvés (disponible sur demande à l’adresse mpd\_emea\_grants@wlgore.com)

Veuillez préciser votre demande dans la **FICHE DE RENSEIGNEMENT 1**, la joindre complétée au présent formulaire et noter le **montant total demandé en ANNEXE 1 ci-dessous**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant total ANNEXE 1** | **€** |

Les subventions couvrent les principaux moyens de transport (train, avion), l’hôtel et l’inscription, et ne comprennent ni les transferts (taxi, kilométrage via véhicule personnel, bus, métro etc.), ni les repas.

GORE ne couvre normalement pas les frais de dossier. Si votre organisation souhaite en faire la demande, veuillez fournir une ventilation des coûts détaillant les montants poste par poste, qui sera examinée par le Comité.**ANNEXE 2 - Demande de financement pour l’organisation d’événement(s) à caractère éducatif**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’événement** | **Dates**  | **Lieu** | **Montant du financement demandé à GORE** |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
| **Montant total ANNEXE 2** | **€** |

Veuillez fournir :

* Le programme le plus actuel possible (ou lien vers le site Internet);
* Un budget précisant les recettes et les dépenses proposées (*Tableau ci-dessous*) ;
* Une liste des PDS invités, comportant leur titre et spécialité ;
* Public cible de l’événement : [ ]  Local [ ]  National [ ]  International ;
* Objectifs de l’événement : description de la portée, de l’objectif et des résultats attendus :

Demandez-vous des subventions auprès d’autres sociétés ?

[ ]  OUI :

* Veuillez indiquer le nombre approximatif d’autres sources d’industriels :
* Veuillez indiquer le montant total de financement extérieur demandé (GORE inclus) :  **-€**

[ ]  NON, GORE serait l’unique sponsor de l’événement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Budget prévisionnel Adaptez le cas échéant** |  | **Dépenses** | **Nº** | **Montant/dépense** | **Total** |
| **Nom de l’événement** |  | **Location de salle** |  | € | € |
| **Durée** |  | **Matériel AV** |  | € | € |
| **Nº de participants** |  | **Déjeuner** |  | € | € |
|  | **Diner** |  | € | € |
| **Recettes** | **Nº** | **Montant/ recette** | **Total** | **Transport** |  | € | € |
| **Inscriptions** |  | € | € | **Hébergement** |  | € | € |
| **Sponsor 1 (GORE)** |  | € | € | **Honoraires Intervenant** |  | € | € |
| **Sponsor 2** |  | € | € | **Mailing** |  | € | € |
| **Sponsor 3** |  | € | € | **Brochures** |  | € | € |
| **Autres Merci de préciser** |  | € | € | **Autres Merci de préciser** |  | € | € |
|  | € | € |  | € | € |

**ANNEXE 3 - Demande de financement de la part d’un Organisateur Professionnel de Congrès**

|  |
| --- |
| **Nom, dates, lieu et programme (ou lien vers le programme)** |
|  |
| **Approbation Conference Vetting System - CVS (MedTech et / ou locale)** |
| Approbation CVS (pour les événements transfrontaliers) ou locale (pour les événements locaux): *Statut de l’événement* | [ ]  Approuvé[ ]  Soumis, en attente de résolution[ ]  Pas encore soumis[ ]  Pas applicable |

|  |  |
| --- | --- |
| **Total ANNEXE 3 pour la participation de PDS** | **€** |
| **Total ANNEXE 3 pour les Intervenants** | **€** |
| **Montant total ANNEXE 3** | **€** |

Veuillez fournir dans un document séparé les informations suivantes ainsi que les montants correspondants (*Modèle disponible sur demande*) :

* Nombre de PDS
* Spécialité (*ex. Chirurgie Vasculaire*)
* Pays d’exercice
* Inscription
* Hébergement (*Nº de nuitées et montant maximum par nuitée*)
* Transport (*Type et montant*)
* Frais de dossier (*Veuillez fournir la ventilation des coûts détaillant les montants poste par poste*)
* Honoraires (*Intervenants uniquement*)

Les subventions ne comprennent ni les transferts (taxi, kilométrage via véhicule personnel, bus, métro etc.), ni les repas.

Si vous demandez une **subvention pour un Intervenant** (“*Faculty*”), veuillez fournir les informations ci-dessous

|  |
| --- |
| **Subvention pour un Intervenant (\*) – Information générale** |
| *(\*) Définition d’intervenant selon le Code MedTech Europe* *Par intervenant s’entend un orateur de podium, modérateur et / ou président de séance, présentant lors d’un événement à caractère éducatif organisé par un Tiers. Un présentateur de poster ou d’abstract n’est pas considéré comme un intervenant.*  |
|  | Nombre approximatif d’intervenants | Coût total approximatif pour financer les intervenants |
| Combien d’intervenants prévoyez-vous au total ? |  | € |
| Pour combien d’intervenants prévoyez-vous de solliciter le soutien de l’Industrie ? |  | € |
| Pour combien d’intervenants sollicitez-vous le soutien de GORE ? |  | € |