

FACSIMILE DICHIARAZIONE DI SUPPORTO FORMATIVO



CONFINDUSTRIA
Dispositivi Medici

_____ è lieta di aver sostenuto la sua attività attraverso l'erogazione di un supporto formativo.

Con la presente si intende verificare che sia stato fatto un uso appropriato dei contributi erogati. La preghiamo pertanto cortesemente di compilare la dichiarazione contenuta nelle pagine che seguono.

Istruzioni – Leggere le seguenti informazioni prima di procedere alla compilazione della dichiarazione

- _____ richiede la sua collaborazione al fine di compilare e firmare la presente dichiarazione volta ad attestare l'uso appropriato dei fondi erogati a favore della sua Organizzazione sotto forma di Supporto Formativo. _____ rimanda al Contratto di Supporto Formativo per qualsiasi riferimento in merito.
- E' importante sottolineare che la presente dichiarazione è uno degli strumenti di cui _____ si avvale per verificare l'uso appropriato dei fondi erogati. A tal fine, e in base al sistema di valutazione del rischio di _____, potrebbero essere necessarie ulteriori fasi di riconciliazione, anche attraverso il supporto di auditor esterni.
- Si prega di riconsegnare il presente modulo compilato e firmato entro giorni/settimane/mesi dalla data di chiusura dell'evento

_____ opera nel rispetto del Codice Etico Confindustria Dispositivi Medici e (MedTech Europe) che stabilisce regole severe, chiare e trasparenti relative alle relazioni del settore con Professioni e Organizzazioni Sanitarie, compreso il sostegno alla formazione medica indipendente tramite l'erogazione di supporti per la formazione.

PARTE 1

DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA DAL BENEFICIARIO DEL SUPPORTO FORMATIVO

Dati del Beneficiario del Supporto Formativo (riservato allo Sponsor)

Nome completo del Beneficiario (HCO/Provider)

Persona di Contatto firmataria della presente dichiarazione

Nome e cognome:

Posizione:

Email:

Numero di telefono:

Descrizione del Supporto Formativo (riservato allo Sponsor)

Descrizione

Ammontare del Supporto Formativo

Data di versamento	_____

Dichiarazioni (riservato al Beneficiario del Supporto Formativo)

- Confermo che il Supporto Formativo è stato utilizzato per gli scopi di cui all'art _____ del Contratto di Supporto Formativo.
- Confermo che l'Evento Formativo finanziato tramite il presente supporto è stato valutato e dichiarato conforme dal Sistema di Valutazione delle Conferenze Confindustria Dispositivi Medici (SVC) o al Conference Vetting System di Ethical MedTech (CVS).

In caso contrario, si prega di fornire una spiegazione

- Confermo che l'ammontare complessivo del Supporto Formativo è stato utilizzato per coprire i costi diretti relativi all'Evento Formativo e/o ai soggetti che vi hanno partecipato. Dichiaro che non è stato reso disponibile alcun importo aggiuntivo a favore dell'organizzazione sanitaria per la quale opero oltre a quelli utilizzati per sostenere le spese già saldate.

In alternativa: in caso di disponibilità di importi aggiuntivi, si prega di indicare l'ammontare dell'importo da restituire a _____:

EURO: _____

- Sono a conoscenza del fatto che il Trasferimento di Valore

(l'ammontare del supporto formativo) sarà pubblicato nella piattaforma sulla Trasparenza di Ethical MedTech oppure in una piattaforma sulla trasparenza nazionale, secondo i casi.

- Sono a conoscenza del fatto che il Trasferimento di Valore (l'ammontare del supporto formativo) sarà pubblicato nella piattaforma sulla Trasparenza di Ethical MedTech oppure in una piattaforma sulla trasparenza nazionale, secondo i casi.

L'unico dato identificativo che sarà utilizzato ai fini di tale pubblicazione sarà il mio numero di partita IVA:

Nel caso in cui non sia disponibile un numero di partita IVA, si prega di fornire un diverso dato identificativo che possa essere utilizzato in alternativa (ad esempio, numero di iscrizione alla Camera di Commercio, codice fiscale, ecc.):

Dichiaro che il presente modulo è stato compilato per conto del Beneficiario del Supporto Formativo e che tutte le informazioni fornite nello stesso sono corrette e complete e veritiere.

Data

Nome e Cognome

Posizione

Firma

