

MODELLO TRASPARENZA - ALL 2														
Full Name Nome e Cognome/ Denominazione	HCP: City of Principal Practice HCO: City where registered Professionist Sanitari: Città dove si svolge privatamente la professione Organizzazioni sanitarie/Terza Parti: Sede Legale	Country of Principal Practice Stato dove si svolge privatamente la professione/attività	Principal Practice Address Indirizzo dove si svolge privatamente la professione/attività	Donations Donazioni in denaro o altri beni	Scholarship Borse di Studio	Contribution to costs of Events Contributo per il finanziamento di eventi (es. convegni, congressi e riunioni scientifiche)			Contribution to costs of Training Contributo per il finanziamento di training teorico-pratici				Fee for service and consultancy Corrispettivi per prestazioni professionali e consulenze	TOTAL Totale
						Sponsorship agreements with HCOs/Third Parties appointed by HCOs to manage an event Accordi di sponsorizzazione con organizzazioni sanitarie/Terza Parti per la realizzazione di eventi	Registration Fees Quote di iscrizione	Travel & Accommodation Viaggi e ospitalità	Sponsorship agreements with HCOs/Third Parties appointed by HCOs to manage an event Accordi di sponsorizzazione con organizzazioni sanitarie/Terza Parti per la realizzazione di eventi	Registration Fees Quote di iscrizione	Travel & Accommodation Viaggi e ospitalità	Spese di partecipazione ad attività formative, educative e promozionali su prodotti aziendali organizzate dai Soci		
<b>DATI SU BASE INDIVIDUALE - una riga per ciascun Professionista Sanitario (ovvia sarà indicato l'importo complessivo di tutti i trasferimenti di valore effettuati nell'arco dell'anno a favore di ciascun Professionista Sanitario; il dettaglio sarà reso disponibile solo per il singolo destinatario o per le Autorità)</b>														
				NA	NA	NA*	NA*	NA*						NA
				NA	NA	NA*	NA*	NA*						NA
				NA	NA	NA*	NA*	NA*						NA
				NA	NA	NA*	NA*	NA*						NA
<b>DATI SU BASE AGGREGATA - per Professionisti Sanitari</b>														
<b>Aggregate amount attributable to transfers of value to such Recipients</b> Importo aggregato attribuibile a trasferimenti di valore a tali Destinatari				NA	NA	NA*	NA*	NA*						NA
<b>Number of Recipients in aggregate disclosure</b> Numero dei Destinatari i cui dati sono pubblicati in forma aggregata				NA	NA	NA*	NA*	NA*						NA
<b>% of the number of Recipients included in the aggregate disclosure in the total number of Recipients disclosed</b> % del numero di Destinatari inclusi nel dato aggregato sul numero complessivo dei Destinatari				NA	NA	NA*	NA*	NA*						NA
<b>DATI SU BASE INDIVIDUALE - una riga per ciascuna organizzazione sanitaria (ovvia sarà indicato l'importo complessivo di tutti i trasferimenti di valore effettuati nell'arco dell'anno a favore dell'organizzazione sanitaria; il dettaglio sarà reso disponibile solo per il singolo destinatario o per le Autorità)</b>														
STUDIO EGA SRL	Viale Teulino 19, 00196 ROMA				NA	12.500			NA	NA	NA	NA	NA	12.500
NEZ EVENTS SRL	Via Carlo Farini 8, 20139 Milano				NA	2.000			NA	NA	NA	NA	NA	2.000
AIM YALV SRL	Via Ripamonti 129-20141 Milano				NA	11.550			NA	NA	NA	NA	NA	11.550
KORILU SRL	Via Beltramino 5, 40124 Bologna				NA	1.000			NA	NA	NA	NA	NA	1.000
<b>DATI SU BASE AGGREGATA</b>														
<b>Aggregate amount attributable to transfers of value to such Recipients</b> Importo aggregato attribuibile a trasferimenti di valore a tali Destinatari				Solo per Terza parti		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
<b>Number of Recipients in aggregate disclosure</b> Numero dei Destinatari i cui dati sono pubblicati in forma aggregata				Solo per Terza parti		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
<b>% of the number of Recipients included in the aggregate disclosure in the total number of Recipients disclosed</b> % del numero di Destinatari inclusi nel dato aggregato sul numero complessivo dei Destinatari				Solo per Terza parti		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

*Nel caso di supporto diretto per la formazione di HCP che esercitano in ambito privato, occorrerà pubblicare il dato in forma individuale o aggregata, a seconda che l'HCP abbiamo prestato il consenso.*