DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ ALL'EROGAZIONE DI SUPPORTO FORMATIVO

CONFINDUSTRIA
Dispositivi Medici

SUPPORTO PER EVENTI FORMATIVI ORGANIZZATI DA TERZI

[Nome dell'azienda associata sponsor] agisce nel rispetto di diversi codici del settore di MedTech e Confindustria Dispositivi Medici nell'area geografica di riferimento che definiscono regole severe, chiare e trasparenti in merito alla relazione del settore con i Professionisti e le Organizzazioni sanitarie, incluso il sostegno alla formazione medica indipendente tramite supporti formativi.

Istruzioni – Leggere le seguenti informazioni prima di procedere alla compilazione del modulo

- La presente dichiarazione di disponibilità all'erogazione di un supporto formativo è resa da ***[Nome dell'azienda associata sponsor]***.
- È importante sottolineare che non vi è alcuna garanzia che venga concesso l'intero l'importo richiesto a fronte della disponibilità ivi indicata.

1. Dati aziendali di [Nome dell'azienda associata sponsor]	
Ragione sociale	
Divisione *In caso di più divisioni, specificare percentualmente la ripartizione del supporto tra le diverse divisioni.*	
Rappresentante legale	
Persona di contatto	
2. Breve descrizione dell'evento/eventi cui è destinato il supporto formativo ***[NOTA: fornire una breve descrizione al riguardo]***	

4. Specificare le modalità con cui *[Nome dell'azienda associata sponsor]* intende sostenere l'evento/gli eventi (ad esempio, tramite sponsorizzazioni con contributi economici, allestimento di stand espositivi, fees per la partecipazione dei professionisti sanitari).
5. Specificare qualora siano in essere eventuali altri accordi tra l'Organizzazione sanitaria beneficiaria finale e *[Nome dell'azienda associata sponsor]* (ad esempio, contratto di consulenza, contratto di sperimentazione clinica, ecc.)
6. Specificare qualora vi siano procedure di appalto in essere o potenziali con l'Organizzazione Sanitaria beneficiaria finale. Se sì, fornirne i dettagli
7. Specificare se a *[Nome dell'azienda associata sponsor]* verranno comunicati criteri oggettivi per la selezione dei professionisti sanitari che eventualmente beneficeranno dei fondi per la formazione. Se sì, fornirne i dettagli.
8. Specificare le modalità di pagamento (ad esempio, una tantum, a rate) e i termini e le condizioni di pagamento.

Io sottoscritto dichiaro, al meglio delle mie conoscenze e convinzioni che le informazioni da me fornite nel presente documento, sono complete, veritiere e corrette.

Dichiaro che l'evento/gli eventi formativo/i organizzato/i da terzi in oggetto riveste un importante valore formativo nell'ambito dell'area terapeutica di riferimento della mia divisione.

Nell'inoltrare la presente dichiarazione, completa in tutte le sue parti, confermo che, per quanto in mia conoscenza, le seguenti dichiarazioni sono veritiere e corrette.

- *Non sono a conoscenza di eventuali restrizioni legali in capo al beneficiario (ad esempio, restrizioni contrattuali da parte di terzi) che possano impedire a **[Nome dell'azienda associata sponsor]** di erogare il supporto formativo.*

- *Il contratto, o l'accordo, proposto non contravviene alla legge statunitense per la trasparenza contabile e l'anticorruzione dei funzionari stranieri (U.S. Foreign Corrupt Practices Act, FCPA) o a qualsiasi legge locale anticorruzione.*

- *Confermo che non vi è alcuna intesa o contratto in essere con qualsivoglia professionista sanitario in cui si dichiari che il supporto formativo di **[Nome dell'azienda associata sponsor]** è connesso all'uso o all'acquisto futuro o attuale dei prodotti di **[Nome dell'azienda associata sponsor]** e confermo che non si intende in alcun modo, tramite la concessione del supporto, favorire **[Nome dell'azienda associata sponsor]** nel mantenere od ottenere benefici o favori aziendali di o da parte di un professionista sanitario o di un funzionario governativo coinvolto nell'organizzazione dell'evento o che possa beneficiare direttamente del supporto.*

Dipendente del dichiarante	**Responsabile (locale) di Azienda/Divisione**
Nome completo	
Firma	
Data	