|  |
| --- |
| Clause de non-responsabilité  *Le formulaire de demande de subvention de formation (le «formulaire») a uniquement été élaboré par Swiss Medtech à titre d’orientation et ne saurait tenir lieu de conseil juridique à l’égard de certains faits ou circonstances. L’utilisation du présent formulaire ou de parties de ce dernier incombe à la seule discrétion de l’utilisateur et se fait à ses propres risques. Swiss Medtech décline toute responsabilité à l’égard de pertes ou de dommages découlant de l’utilisation de tout ou partie du présent formulaire. Swiss Medtech se réserve le droit de modifier ou de compléter à tout moment et sans préavis tout ou partie du formulaire.* |

**Formulaire de demande de subvention de formation**

(SUPPRIMEZ LE TEXTE MARQUÉ EN JAUNE APRÈS AVOIR PRIS CONNAISSANCE OU AVOIR INTÉGRÉ LE TEXTE APPLICABLE)

|  |
| --- |
| **Instructions – veuillez lire entièrement avant de remplir le formulaire**   * Les demandes doivent être soumises à l’entreprise au moins [xx] jours avant le premier événement / la première activité et doivent être accompagnées de l’ensemble des documents. Toute demande qui ne satisfait pas ce délai sera rejetée. * Veuillez noter que le versement de la somme exhaustive demandée ne saurait être garanti. L’entreprise peut approuver à sa discrétion la subvention à hauteur du montant total, d’un montant inférieur ou elle peut rejeter la demande. * Le formulaire rempli et signé accompagné de l’ensemble des justificatifs requis doivent être envoyés par e-mail à l’adresse suivante: [adresse e-mail] |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Informations relatives au requérant** | |
| Nom de l’organisation |  |
| Adresse (rue, numéro postal d’acheminement, localité) |  |
| ID fiscal / numéro IDE (CHE-xxx.xxx.xxx) |  |
| Site web |  |
| Interlocuteur ayant soumis la demande  Nom  Position au sein de l’organisation  Numéro de téléphone  Adresse (si divergente de l’adresse ci-dessus) |  |
| Responsable de l’organisation  Nom  Position au sein de l’organisation |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Détails relatifs à l’événement de formation** | |
| Titre |  |
| Début (jj/mm/aaaa)  Fin (jj/mm/aaaa) |  |
| Localité  (Numéro postal d’acheminement, localité) |  |
| Adresse  (Rue, nom, site web) |  |
| Objectif de l’événement de formation:  Veuillez décrire en détail l’étendue, l’objet et le résultat prévu du programme.  Nécessaire: **le projet de programme le plus récent**  *(veuillez joindre le fichier séparé)* |  |
| Secteur thérapeutique ou diagnostique |  |
| Envergure de l’événement *(veuillez cocher)* | ☐ Régionale  ☐ Nationale  ☐ Internationale |
| L’événement a-t-il été inscrit au système d’approbation de conférences?  *Veuillez noter: l’inscription est obligatoire pour les événements internationaux.* | ☐ OUI  ☐ NON |
| Si «OUI», veuillez indiquer le résultat. | ☐ L’événement est conforme  ☐ L’événement fait encore l’objet d’une évaluation |
| Si «NON», veuillez indiquer le motif.  En ce qui concerne le secteur d’application, voir:  <http://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/eligibility-scope/>) | ☐ L’événement ne nécessite aucune autorisation car il ne tombe pas sous le coup du système d’approbation de conférences  ☐ Autres motifs (veuillez l’indiquer ici) |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Détails relatifs à la subvention de formation** | |
| Type de subvention  *(veuillez cocher)* | ☐ **A**: Contribution à la participation de professionnels de santé à l’événement.  ☐ **B**: Contribution à l’événement lui-même. |
| Dans le cas de type A  Veuillez décrire la procédure de demande et les critères selon lesquels les destinataires de la subvention sont sélectionnés. |  |
| Dans le cas de type A  Veuillez nommer la personne et la position de la personne responsable de la sélection des participants à l’événement. |  |
| Dans le cas de type A  Veuillez décrire en détail la manière dont la somme demandée a été calculée.  Par ex. nombre des professionnels de santé à assister, montant demandé moyen par professionnel de santé pour les déplacements et l’hébergement, montant moyen par professionnel de santé pour les frais d’inscription, etc. |  |
| Dans le cas de type B  Nécessaire: **vue d’ensemble du budget**  *(veuillez joindre le fichier séparé)* |  |
| *Veuillez noter:*  *De manière générale, la subvention ne doit être utilisée que pour couvrir des coûts liés à l’organisation de l’événement de formation (par ex. la location des locaux où l’événement a lieu) ou les coûts d’inscription, de déplacements et d’hébergement des professionnels de santé participants. La subvention ne saurait servir à couvrir les coûts liés à l’organisation d’activités de loisirs/divertissement ou à l’invitation des conjoints/partenaires de professionnels de santé. De plus, aucuns fonds ne seront mis à disposition pour couvrir les coûts d’exploitation normaux de l’organisation ainsi que de toute autre tâche budgétaire qui n’est pas directement liée à la formation.* | |
| Somme demandée par l’entreprise (en CHF) |  |
| Somme demandée au total par des tiers (en CHF) |  |
| Pourcentage du budget total de l’événement demandé par l’entreprise. |  |
| Coordonnées bancaires  *(Il doit s’agir d’un compte libellé au nom du service à l’origine de la demande et ce compte ne doit pas être libellé au nom d’une personne individuelle)* | Nom de la banque:  Titulaire du compte:  IBAN:  Code BIC ou SWIFT: |

|  |
| --- |
| **Documents d’accompagnement** |
| Veuillez joindre les justificatifs suivants au présent formulaire:  • Une copie du projet de programme le plus récent, de l’ordre du jour ou des supports de communication se rapportant à l’événement  • Un projet du plan budgétaire stipulant la manière dont les fonds doivent être utilisés. |

Par la présente, je déclare que:

Le présent formulaire a été rempli pour le compte de l’organisation requérante.

Les informations figurant dans le présent formulaire et dans les documents d’accompagnement sont véridiques et correctes.

La demande n’est aucunement liée, ni de manière implicite ni de manière explicite, à des acquisitions, recommandations, utilisations, livraisons ou commandes de produits ou de prestations de l’entreprise passées, présentes ou potentiellement futures.

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

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