Si prega di compilare TUTTI i campi previsti e di fornire in modo puntuale e completo le informazioni richieste dal presente form, e di trasmetterlo alla mailbox **vep.ime@gsk.com** di GlaxoSmithKline entro la data comunicata nella bando.

GSK si riserva il diritto di non prendere in considerazione le domande trasmesse oltre la data di scadenza o incomplete delle informazioni richieste o non compilate in maniera appropriata.

|  |  |
| --- | --- |
| Titolo dell’iniziativa |  |
| Valore del finanziamento richiesto | **€** |

**INFORMAZIONI GENERALI DEL PROVIDER**

|  |  |
| --- | --- |
| Riferimenti Provider  |   |
| Ragione Sociale  | *…………….…………………………….* |
| Siete in possesso di Accreditamento Nazionale o Regionale standard?  | [ ] No [ ] SiFornire numero di accreditamento |
| Indirizzo completo (Via, Città, Cap)  | ………………………………………….. |
| Numero di telefono  | *…………….…………………………….* |
| Email  | *…………….…………………………….* |
| Indirizzo url |  |
| Codice identificativo Provider  | *…………….…………………………….* |
| Persona di riferimento del Provider  |   |
| Nome e Cognome  |  |
| Ruolo |  |
| Numero di telefono  | *…………….…………………………….* |
| Email  | *…………….…………………………….* |

|  |  |
| --- | --- |
| Descrizione dell’organizzazione (fornire una descrizione della struttura organizzativa, organigramma, statuto, scopo, finalità, annual revenue e ogni altro documento ritenuto utile). |   |
| La vostra organizzazione si occupa anche di attività diverse da quelle formative?In caso di risposta affermativa, disponete di funzioni separate per l’ideazione e realizzazione delle attività formative e promozionali, ovvero di firewall organizzativi a garanzia della distinzione e separazione delle diverse tipologie di attività? Fornire la struttura organizzativa delle due funzioni (funzionigramma e organigramma). | [ ] SI [ ] NO[ ] SI [ ] NO |
| La vostra organizzazione è dotata di un Comitato Scientifico o altro organismo affine con ruolo di ideazione e valutazione delle vostre iniziative garantendone il valore, l’aderenza alle necessità formative della classe medica? | [ ] SI [ ] NO |
| La Vs Società ha organizzato eventi formativi a livello nazionale o che hanno coinvolto almeno 3 regioni ? Se SI, specificare quanti e quali. | [ ] SI [ ] NO |
| La Vs Società ha organizzato eventi formativi nelle aree di interesse di GSK negli ultimi due anni? Se si, fornire una sintesi/estratto dei piani formativi prodotti. | [ ] SI [ ] NO |
| L’importo richiesto è superiore al 25% del fatturato annuale della vostra organizzazione?  | [ ] SI [ ] NO>25%>50%  |
| **NORMATIVA E CONFLITTO DI INTERESSI**  |
| Avete procedure per garantire la gestione corretta, appropriata e sicura dei dati personali per le finalità previste?  | [ ] SI [ ] NO |
| La Vs Società ha adottato il modello organizzativo 231/01 ? (in caso affermativo fornire copia o link)* dichiarare se la VS società è attualmente sottoposta ad indagine in relazione ai reati previsti nel D.lgs 231/01 e/o
* avete avuto condanne in merito ai reati iscritti al D.Lgs 231/2001
 | [ ] SI [ ] NO |
| Nel caso in cui la vostra Società non abbia adottato il modello organizzativo 231/01: * La VS Società ha stipulato o ha in corso direttamente o tramite intermediari contratti con la Pubblica Amministrazione?
* La Vs Società ha in essere procedure per la prevenzione della corruzione? Se SI, fornirne copia o link.
* La VS Società effettua programmi di training ai dipendenti volti alla prevenzione della corruzione? Se SI quali?
* La VS Società effettua audits interni nell'ambito della prevenzione della corruzione?
* La VS Società ha procedimenti penali in corso / conclusi ovvero è stata per questi sanzionata? (in caso affermativo specificare dettagliatamente).
 | [ ] SI [ ] NO[ ] SI [ ] NO[ ] SI [ ] NO[ ] SI [ ] NO[ ] SI [ ] NO |
| Avete procedure per accertare l’assenza di conflitti di interessi con i vostri fornitori che potreste dover designare (es. segreteria organizzativa) ? Prego darne evidenza. | [ ] SI [ ] NO |
| Ci sono attività / ruoli propri e/o dei componenti del nucleo familiare degli amministratori della Vostra Società (componenti del nucleo familiare sono: coniuge, compagno/a e figli) in posizioni apicali e/o con prerogative discrezionali che possano comportare impatti con il business GSK (es. incarichi nell'amministrazione di Ospedali Pubblici, di Enti Regolatori, di Fondazioni Sanitarie, etc)? (in caso affermativo specificare dettagliatamente) | [ ] SI [ ] NO |
| La Vostra Società ha partecipazioni in Aziende / Società clienti di GSK, ovvero che gestiscono forniture/appalti a/da Pubbliche Amministrazioni ovvero fornitrici di prodotti o servizi a GSK? (in caso affermativo specificare dettagliatamente) | [ ] SI [ ] NO |
| Siete a conoscenza di altri interessi o fatti che ritenete debbano essere portati a conoscenza di GSK preventivamente alla eventuale stipula di un contratto, (in caso affermativo specificare dettagliatamente). | [ ] SI [ ] NO |
| Gli amministratori e soci / membri in posizione apicale della VS Società sono Pubblici Ufficiali o Incaricati di Pubblico servizio o hanno legami di parentela o affinità con Pubblici Ufficiali e/o incaricati di Pubblico Servizio? (in caso affermativo specificare nomi e ruoli) | [ ] SI [ ] NO |
| Gli amministratori e soci / altri membri della VS Società hanno legami di parentela o affinità con gli amministratori di GSK ovvero con il personale che gestisce le relazioni per il Servizio in oggetto? (in caso affermativo specificare dettagliatamente) | [ ] SI [ ] NO |
| La vostra Società acconsente, in attuazione al “Codice EFPIA sulla Trasparenza” del 11.7.2014, la pubblicazione da parte di GSK delle somme di valore (Trasferimenti di Valore, o ”TOV“) che potrebbe erogare nell’ambito dell’IME-ECM a favore delle Organizzazioni Sanitarie nell’ottica di fugare possibili dubbi di conflitti di interessi. | [ ] SI [ ] NO |
| GSK è impegnata al rispetto del codice deontologico di Farmindustria ed ha adottato un proprio Codice Etico, nonchè un Supplier Code of Conduct / Codice Etico di GSK reperibili sul sito GSK.IT. Avete piena comprensione ed aderite pienamente a quanto in essi contenuto? | [ ] SI [ ] NO |
| Come determinate la congruità dei corrispettivi pagati ai vs fornitori?  |  |
|  |  |

**DESCRIZIONE DELLA PROPOSTA FORMATIVA**

|  |
| --- |
| La proposta formativa si riferisce alla/e seguenti aree terapeutiche :   |
| [ ]  Respiratori | [ ]  Urologia | [ ]  Vaccini | [ ]  Immunologia, Reumatologia |
| I contenuti scientifici della proposta formativa sono attinenti alle seguenti patologie:  |
| [ ]  Asma | [ ]  Ipertrofia Prostatica | [ ]  Influenza | [ ]  Lupus eritematoso sistemico |
| [ ]  Asma grave | [ ]  Infezioni delle vie urinarie | [ ]  Meningite | [ ]  Ipertensione Polmonare Arteriosa |
| [ ]  BPCO |  | [ ]  Rotavirus |  |
| [ ]  Rinite Allergica |  | [ ]  HPV |   |
|   |  | [ ]  Pneumococco |   |
|   |  | [ ]  Malaria |   |
|   |  | [ ]  Epatite B |   |
|   |  | [ ]  Varicella /Herpes Zoster |   |
|   |  | [ ]  Tetano |   |
|   |  | [ ]  Tifo |   |
|   |  | [ ]  Poliomelite |   |
|   |  | [ ]  Altro : specificare… |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Durata della proposta formativa  |   |
| Data Inizio |  *indicare…………………………….*  |
| Data Fine  |  *indicare…………………………….* |
| Ambito territoriale |   |
| [ ] Nazionale  | *specificare…………………………* |
| [ ] Regionale | *specificare…………………………* |
| [ ] Locale  | *specificare…………………………* |
| Sede di svolgimento |   |
| Sede di svolgimento  | *indicare…………………………….* |
| Città  | *indicare…………………………….* |
| Target partecipanti  |   |
| [ ] MMG | [ ] Farmacisti ospedalieri  |
| [ ] Specialisti (indicare quale specializzazione) | [ ] Altre figure Operatori Sanitari : *specificare*  |
| [ ] Farmacisti territoriali  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Modalità di erogazione della proposta formativa |   |
| [ ] Residenziale |   |
| [ ] FAD |   |
| [ ] Formazione sul Campo (FSC) |   |
| [ ]  Altro (es. modalità innovativa digitale etc.) |  |
| Responsabili Scientifici |   |
| Nome e cognome | Ruolo, qualifica e ente di appartenenza, città |
| 1 |   |
| 2 |   |
|  |   |
| Relatori/Moderatori/Tutor (target) |   |
|  |  |
|  |   |
| Metodologia/e didattiche previste per l’erogazione del programma formativo |   |
| [ ] Lezioni frontali | [ ] Lavori a piccoli gruppi |
| [ ] Lezioni interattive | [ ] Altro: specificare……. |
| Nr. Crediti ora previsti  |   |
|  |  |
| Quale obiettivo formativo vi prefiggete e quali modalità di misurazione sono previsti, ovvero come si prevede di rilevare il miglioraramento delle conoscenze formative dei partecipanti.  |   |
|  |  |
| Prevedete il ricorso ad una Segreteria Organizzativa?  |   |
| [ ]  SI (fornire tutti i dati necessari alla corretta identificazione)[ ]  NO |   |
| La proposta formativa prevede il finanziamento di altri sponsor oltre a GSK?  |   |
| [ ]  SI[ ]  NO |   |

**Si prega di restituire il presente documento completo di programma scientifico, razionale della proposta formativa, e ogni altro documento da voi ritenuto utile ai fine della valutazione della stessa.**

**PROPOSTA ECONOMICA DETTAGLIATA**

Si prega di compilare il presente documento e allegarlo alla proposta.

