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**](mailto: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 Si  Fornire 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.

