# **Formulaire de demande de don pour la recherche**

Medtronic adhère au Code d'éthique commerciale de MedTech Europe qui établit des règles strictes, claires et transparentes pour les relations de notre industrie avec les professionnels de la santé et les organismes de santé, y compris le soutien à la recherche indépendante par le biais de subventions. Pour plus d'informations sur le code d'éthique de MedTech Europe : <http://www.medtecheurope.org/industry-themes/topic/93>

|  |
| --- |
| **Instructions - à lire avant de remplir le formulaire**   * Medtronic ne peut garantir que la totalité du montant demandé soit accordée. Medtronic peut, à sa discrétion, rejeter, approuver en totalité ou approuver un montant inférieur à celui sollicité. * Pour les associations de professionnels de santé, le montant sollicité doit être supérieur ou égal à 8000€. * Le formulaire complété et signé, ainsi que toutes les annexes et pièces justificatives requises, doit être soumis par e-mail à votre contact Medtronic. * **Votre dossier doit impérativement être reçu complet afin de permettre son traitement.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Informations relatives à la structure sollicitant le don et bénéficiaire des fonds** | |
| Nom complet de la structure |  |
| Sélectionner la catégorie applicable : | Etablissement de santé public  Association de Professionnels de Santé / sociétés savantes  Fondation  Fonds de dotation |
| Numéro d’identification Siret ou RNA (*si association*) |  |
| Adresse |  |
| Objet social  *Décrire l’objet éducationnel / scientifique, le secteur d’activité, tel que présenté dans les statuts de votre structure* |  |
| Représentant légal | Prénom, NOM :  Titre : |
| Personne de contact qui soumet la demande | Prénom, NOM :  Titre :  N° téléphone :  Adresse professionnelle (*si différente de l’adresse de la Structure*) : |
| **2. Détails de la demande de Don** | |
| Le Projet de recherche est-il exclusivement focalisé sur un produit de Medtronic ? | NON (poursuivre avec ce formulaire)  OUI (veuillez soumettre votre demande via : <https://www.medtronic.com/us-en/healthcare-professionals/external-research-program/process-submission.html>) |
| Des dispositifs Medtronic sont-ils utilisés dans le cadre du projet de recherche ? | OUI  NON |
| Utilisation de dispositifs dans le cadre du projet de recherche | ON-LABEL  OFF-LABEL |
| D’autres industriels ont été sollicités pour financer le projet/programme de recherche | OUI  NON |
| Type de don | Projets de recherche scientifique  Autre, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Domaines thérapeutiques ou diagnostiques |  |
| Budget global détaillé | *Compléter Annexe 2* |
| Montant du don sollicité (en euros) |  |
| Pourcentage du montant demandé par rapport au budget global alloué au Projet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. Détails du programme de recherche** | |
| Titre |  |
| Détails | Date de début (jj/mm/aaaa) :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Date de fin (jj/mm/aaaa) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Collecte de données :  PROSPECTIVE  RETROSPECTIVE |
| Type de Recherche | Nationale  Internationale |
| Le programme de recherche implique des patients | OUI  NON |
| **Description du programme de recherche**   *Note : un document séparé peut être joint au présent formulaire pour détailler le programme de recherche* | |
| Expliquer comment le programme de recherche pourrait améliorer l’état des connaissances scientifiques (*générales sur les résultats attendus*) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Dons antérieurs** | |
| Votre structure a-t-elle déjà demandé ou reçu un don de Medtronic par le passé ? | OUI : joindre un rapport d’activité relatif à au projet/programme objet du précédent don  NON |
| Si “OUI”, indiquer le montant, la date et l’objet du dernier don demandé / accordé | Montant :  Date : Objet : |
| **5. Remarques** | |
| *Note : indiquer ici toute information complémentaire utile au traitement de votre demande* | |
| **6. Documents** | |
| **Veuillez joindre à ce formulaire les pièces justificatives suivantes :**   * Annexes 1 et 2 complétées * Liste de vos publications sur les deux dernières années * RIB *ou* Kbis de la structure * Déclaration au JO (si la structure est une association) * Déclaration à la préfecture (si la structure est une association) * Statuts (sila structure est une association) * Rapport d’activité relatif au don précédemment accordé (*si applicable*) * Devis ou offre de parties tierces impliquées dans le projet de recherche (*si applicable*) | |

En cochant cette case, la Structure bénéficiaire du don déclare que :

* Ce formulaire a été complété au nom de la Structure sollicitant le don
* Les informations fournies dans ce formulaire et dans les documents annexes sont exactes et précises
* La demande de don n’est liée d’aucune manière (ni implicite ni explicite, ni directe ni indirecte), à l’achat, la location, la recommandation, la prescription, l’utilisation, la fourniture ou l’acquisition passée, présente ou potentielle des produits ou services de la Société Medtronic.
* Les fonds ne seront pas utilisés à des fins personnelles et la décision d’affectation sera collégiale. Notamment, les fonds ne bénéficieront pas à un professionnel de santé à titre individuel.
* L’utilisation des fonds sera conforme à l’objet de la Structure et destinée au financement de l’objet précité.

|  |
| --- |
| **Signature du Représentant Légal de la Structure** |
| Date : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_  Prénom, NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Titre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ANNEXE 1**  
**LISTE DES ETUDES INSTITUTIONNELLES EN COURS OU A VENIR POUR LA THERAPIE CONCERNEE ET POUR VOTRE SERVICE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titre court** | **Protocole** | **Promoteur / Responsable légal de l’étude**  (Nom de l’entité promoteur) | **Statut**  (en préparation, inclusions, suivi, close) | **BDD publique** (oui-préciser / non) | **Commentaire** (ex : en cours de préparation, non encore publié…) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Note : Ajouter autant de lignes que nécessaire

**ANNEXE 2**

**Budget prévisionnel détaillé**

Veuillez détailler votre budget global en indiquant les différents postes de dépenses identifiés pour mener à bien votre programme de recherche.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature de la dépense\*** | **Coût estimé en euros**  (Indiquer NA si non applicable) |
| Achat de matériels |  |
| Frais liés à l'étude et les tests |  |
| Frais accessoires ou frais divers |  |
| Autres : *préciser* |  |
|  |  |
|  | Coût total estimé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ |

\**Les informations indiquées dans le tableau sont des exemples. Selon votre projet, vous devez compléter ce tableau avec les éléments budgétaires complémentaires détaillant vos différents postes de dépenses.*