Ce formulaire doit être signé par un agent ou un représentant dûment autorisé de l’organisation requérante. Veuillez remplir, signer et envoyer par courriel ce formulaire et toute autre documentation pertinente à votre personne-ressource chez GSK.

1. Renseignements sur l’organisation

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Année de la demande | | |  | | | | | | | | | |
| Nom, adresse et numéro d’enregistrement d’organisme de bienfaisance  *Si la demande de subvention est approuvée, veuillez noter que GSK ne peut verser des fonds à un fournisseur tiers ou à un particulier; les fonds ne peuvent être remis qu’à l’organisation requérante.* | | | Nom | |  | | | | | | | |
| Adresse | |  | | | | | | | |
| Numéro d’enregistrement d’organisme de bienfaisance | |  | | | | | | | |
| Site Web de l’organisation | | |  | | | | | | | | | |
| Nom et adresse de la personne‑ressource aux fins de correspondance d’affaires et de paiement | | | Nom | |  | | | | | | | |
| Titre | |  | | | | | | | |
| Courriel | |  | | | | | | | |
| Téléphone | |  | | | | | | | |
| GSK doit-elle payer les taxes sur les montants versés? Dans l’affirmative, indiquer la province, la ou les taxes applicables et le ou les numéros d’inscription au fichier de la ou des taxes de vente. | | | | | | | | Oui  Non | | | | |
| **Province** |  | | | | | | | | | | | |
| **Taxe** |  | **Numéro d’inscription au fichier de la taxe** | | | |  | | | | | | |
| **Taxe** |  | **Numéro d’inscription au fichier de la taxe** | | | |  | | | | | | |
| Type d’organisation professionnelle ou de société | | | Internationale  Nationale  Régionale | | | | | | Locale  Autre, veuillez préciser : | | | |
| Domaine thérapeutique d’intérêt | | |  | | | | | | | | | |
| Description de l’organisation  *Veuillez inclure une description de la structure de gouvernance et de la mission de votre organisation.* | | |  | | | | | | | | | |
| Votre organisation a-t-elle un intérêt général dans la promotion du soutien, de la recherche médicale, de l’accès aux soins de santé et de la pérennité des soins de santé, au bénéfice de ses membres? | | | | | | | | | | | **Oui** | **Non** |
| Votre organisation a-t-elle un intérêt général dans l’amélioration de la prévention, du traitement et de la prise en charge des maladies chroniques, et dans l’innovation des soins de santé? | | | | | | | | | | | **Oui** | **Non** |
| Allez-vous solliciter le soutien de plusieurs autres organismes que GSK (par exemple, d’autres compagnies pharmaceutiques)? | | | | | | | | | | | **Oui** | **Non** |
| Revenu brut pour le dernier exercice financier  *Renseignements fournis à l’usage exclusif d’un service de GSK* | | | **Organisation requérante** | Exercice financier | | |  | | | Revenu brut |  | |
| **Organisation nationale** | Exercice financier | | |  | | | Revenu brut |  | |
| Revenu brut estimatif pour l’exercice en cours | | |  | | | | | | | | | |

1. **Confirmation**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Votre organisation fournira-t-elle des rapports d’étape et des rapports de projet à GSK? | **Oui** | **Non** |
| Dans l’éventualité où votre organisation ou ses membres décidaient d’utiliser un article, un énoncé de principe, un livre blanc, une foire aux questions, un discours ou tout autre document similaire préparé par GSK ou par un fournisseur ou un consultant de GSK, votre organisation mentionnera-t-elle que GSK en est l’auteur? | **Oui** | **Non** |
| Convenez-vous que les fonds octroyés par GSK ne serviront pas à financer des contributions politiques, des dépenses indépendantes, des divertissements ou des loisirs? | **Oui** | **Non** |
| Convenez-vous que les fonds octroyés par GSK ne seront pas rattachés à des mesures de rendement des professionnels de la santé, à de la formation médicale, à des produits médicinaux et/ou à des schémas thérapeutiques? | **Oui** | **Non** |
| Convenez-vous que les fonds octroyés par GSK ne seront pas utilisés pour créer, appuyer ou diffuser des documents concernant des produits de GSK ou des domaines thérapeutiques dans lesquels GSK détient l’exclusivité d’un produit (p. ex., des mises à jour d’essais cliniques, des documents portant sur des traitements médicamenteux ou biologiques de substitution)? | **Oui** | **Non** |
| Votre organisation divulguera-t-elle le soutien de GSK dans le cadre de toutes les activités financées par GSK? | **Oui** | **Non** |

1. Conflits d’intérêts et attestation commerciale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Questions à propos des conflits d’intérêts** | **Organisation / cadres / bénévoles / employés** | **Famille des employés / des bénévoles / des cadres** |
| 1. À votre connaissance, est-ce que des personnes de votre organisation (p. ex., des cadres, des employés, des bénévoles ou autres) ou des membres de leur famille ont un conflit d’intérêts direct avec GSK (p. ex., relation familiale avec un employé de GSK, investissement important dans GSK, relation commerciale avec GSK ou autre)? | Oui  Non  Dans l’affirmative,  veuillez préciser : | Oui  Non  Dans l’affirmative,  veuillez préciser : |
| 1. À votre connaissance, est-ce que des personnes dans votre organisation (p. ex., des cadres, des employés, des bénévoles ou autres) ou des membres de leur famille occupent un poste dans lequel ils prennent des décisions ou fournissent des conseils ou exercent une influence sur des décisions, sur des règlements appliqués aux médicaments ou aux vaccins, ou sur le financement ou la prestation de soins de santé et qui pourrait constituer un conflit d’intérêts? | Oui  Non  Dans l’affirmative,  veuillez préciser : | Oui  Non  Dans l’affirmative,  veuillez préciser : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Questions à propos de l’attestation commerciale** | **Réponses** |
| 1. À votre connaissance, cet apport, jumelé à tout autre apport de GSK reçu cette année, dépasse-t-il 25 % du financement total que votre organisation prévoit recevoir pour l’année en cours? | Oui  Non  Dans l’affirmative, veuillez préciser : |
| 1. GSK s’engage à respecter les normes éthiques les plus élevées dans sa façon de travailler, y compris dans notre partenariat avec votre organisation. Nous n’effectuerons pas, ni n’offrirons d’effectuer ou autoriserons quelque paiement ou transfert de valeur que ce soit pour obtenir ou conserver un avantage commercial indu (p. ex., à un représentant, à un distributeur ou à un intermédiaire). Pouvez-vous attester que votre organisation comprend l’importance de cet engagement pour GSK et qu’elle exercera ses activités et représentera nos intérêts conformément à ces normes de conduite? | Oui  Non  Dans **la négative**, veuillez préciser : |

J’atteste que je suis un représentant ou un agent dûment autorisé de l’organisation requérante et, pour autant que je le sache, que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts. Je comprends que GSK pourrait me demander de fournir des documents supplémentaires à l’appui des renseignements indiqués ci-dessus et j’y consens.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Signature |  |
| Titre/poste |  | Date |  |