Veuillez lire les renseignements et les critères fournis dans le site Web de GSK des subventions médicales. Si votre demande ne respecte pas un ou l’autre de ces critères, elle ne sera pas admissible à un financement. Pour poser votre candidature, veuillez remplir, signer et envoyer par courriel la présente demande, de même que tout document à l’appui, à **ca.medical-education@gsk.com**. Pour toute demande de renseignements ou pour planifier un appel avec notre équipe, veuillez nous envoyer également un courriel.

|  |  |
| --- | --- |
| **Sections réservées à la candidature** | |
| 1. Renseignements sur le demandeur de subvention 2. Renseignements sur la demande de subvention | 1. Déclarations et signature |

\

1. Renseignements sur le demandeur de subvention

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’organisme |  | |
| Type d’organisation | Organisation scientifique ou professionnelle  Regroupement de médecins, de pharmaciens ou  d’infirmières  Groupe de défense des droits des patients ou  organisation axée sur les patients  Faculté universitaire  Réseau de santé intégré ou autorité en matière  de santé  Département ou division d’un hôpital  Autre (veuillez préciser) : | |
| Êtes-vous un organisme de soins de santé (OSS)?  *Veuillez prendre note que tant les OSS que les autres organismes peuvent être admissibles.* *La nature de votre organisation est un renseignement destiné à nos dossiers et à nos processus internes qui n’a aucune incidence sur la décision à rendre.* | Oui  Non  *OSS : Entité juridique constituée en association de professionnels des soins de la santé, de médecins ou de chercheurs ou organisation médicale ou scientifique comme un hôpital, une clinique, une fondation, une université ou un autre établissement d’enseignement ou société savante (sauf dans le cas des groupes de patients).* | |
| Votre organisation est-elle à but lucratif?  *Les organismes non admissibles comprennent les entreprises en ligne et les établissements apparentés de formation médicale, de publication ou de communication à but lucratif.* | Oui Non | |
| Description de l’organisation  *Veuillez fournir une* ***brève description d’environ 200 mots*** *de la structure de gouvernance de votre organisation et de son rôle.* *N’hésitez pas à ajouter des hyperliens ou des pièces jointes à votre demande pour mieux étayer les antécédents de votre organisation.* |  | |
| Nom et adresse du bénéficiaire (si la demande est approuvée)  *Veuillez prendre note que GSK ne peut pas remettre des fonds à un tiers fournisseur indépendant ni à une personne, mais seulement à l’organisation qui en fait la demande.* | Nom |  |
| Adresse |  |
| Mode de paiement privilégié (si la demande est approuvée) | Chèque  Transfert électronique de fonds (TEF) | |
| Renseignements fiscaux (s’il y a lieu) | Province |  |
| Numéro d’entreprise (TPS/TVH) |  |
| Nom et adresse de la personne‑ressource en matière de correspondance commerciale et de paiement | Nom |  |
| Adresse |  |
| Courriel |  |
| Téléphone |  |

1. Renseignements sur la demande de subvention

|  |  |
| --- | --- |
| Aux fins de référence, veuillez attribuer un nom à la subvention. | Par exemple – Fonds de bourses d’études |
| Décrire en détail le but de la subvention et son incidence  *Veuillez noter que le formulaire de FMI doit être utilisé pour les demandes de financement d’événements de formation à l’intention des professionnels de la santé.* | Par exemple – Le but de la subvention est de financer les activités de la journée dans plusieurs hôpitaux. Les hôpitaux visés sont XX, YY et ZZ. Les activités de la journée figurent au programme ci-joint.  Les retombées escomptées des activités de la journée sont décrites dans l’invitation ci-jointe. |
| Montant total du financement demandé | $ |
| Avez-vous d’autres bailleurs de fonds confirmés pour cette subvention? | Oui  Non |
| Le montant demandé représente-t-il plus de 25 % des revenus annuels de votre organisation? | Oui  Non |

**Formulaire de budget – Ce formulaire est fourni à titre d’exemple pour les demandeurs. Il ne contient pas une liste exhaustive des éléments budgétaires à inclure dans votre demande.**

Si vous présentez à GSK une demande de subvention qui n’est pas admissible à titre de bourse de formation médicale indépendante, veuillez remplir le formulaire ci-dessous pour fournir des renseignements détaillés sur la répartition budgétaire de votre initiative. Si vous ne savez pas si votre initiative est admissible ou non à un événement de formation médicale indépendante, veuillez consulter notre [site Web](https://ca.gsk.com/fr-ca/responsabilite/normes-d-ethique/subventions-medicales/).

Le formulaire ci-dessous comprend les éléments budgétaires qui peuvent être pris en compte dans le cadre de l’organisation d’un événement. Pour les demandeurs qui souhaitent financer des bourses d’études ou de recherche, veuillez l’indiquer dans la rangée « Autre » comme élément budgétaire et indiquer qui choisira l’étudiant.e qui recevra la bourse.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Élément budgétaire | | Coût horaire | | Heures | Total | | Description plus détaillée des dépenses au besoin |
| Logistique (p. ex., lieu) | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
| Matériel et activités destinés au public cible (p. ex., invitations, dépliants, distribution électronique) | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
| Dépenses du corps professoral (p. ex., honoraires, déplacements, hébergement). Pour les honoraires, veuillez indiquer le nombre d’heures de travail *et* le coût horaire. Le travail préparatoire peut être inclus. | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
| Élaboration du matériel du programme (p. ex., coûts d’élaboration et de diffusion du contenu pour les webdiffusions, les modules d’apprentissage en ligne, les diapositives, les publications) | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
| Autre | | | | | | | |
|  | |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |
| **Total du programme complet** | | | | | **$** | | |
| **Montant demandé à GSK** (veuillez indiquer s’il est différent de ce qui précède et si un financement partiel est demandé). | | | | | **$** | | |
| **Y a-t-il plusieurs commanditaires pour cette initiative éducative?**  *Veuillez noter que ces renseignements sont destinés à nos dossiers et processus internes et n’ont aucune incidence sur la décision relative au financement.* | | | | | | | Oui  Non |
| **Exigez-vous que le montant versé par GSK soit imposable/taxable? Si oui, indiquez la province, les taxes applicables et le numéro d’enregistrement fiscal.**  *GSK exige que les organisations émettent une facture si le paiement de taxes ou d’impôt est requis.* | | | | | | | Oui  Non |
| **Province** |  | | | | | | |
| **Taxe** |  | | **Numéro d’enregistrement fiscal** | | |  | |
| **Taxe** |  | | **Numéro d’enregistrement fiscal** | | |  | |

1. Déclarations et signature

|  |  |
| --- | --- |
| **Déclaration en matière de conflits d’intérêts** | |
| 1. À votre connaissance, est-ce que des personnes de votre organisation (p. ex., des dirigeants, 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)? | |
| Organisation/dirigeants/employés  Oui  *Dans l’affirmative, veuillez préciser :*  Non | Famille d’employés/de bénévoles/dirigeants  Oui  *Dans l’affirmative, veuillez préciser :*  Non |
| 1. À votre connaissance, est-ce que des personnes dans votre organisation (p. ex., des dirigeants, des employés, des bénévoles ou autres) ou des membres de leur famille occupent un poste auquel ils prennent des décisions ou fournissent des conseils ou exercent une influence sur des décisions, sur les règlements appliqués aux médicaments ou aux vaccins ou sur le financement ou la prestation de soins de santé qui pourraient constituer un conflit d’intérêts? | |
| Organisation/dirigeants/employés  Oui  *Dans l’affirmative, veuillez préciser :*  Non | Famille d’employés/de bénévoles/dirigeants  Oui  *Dans l’affirmative, veuillez préciser :*  Non |
| 1. À votre connaissance, cet apport combiné à d’autres provenant de GSK dépasse-t-il 25 % du financement total qu’a prévu recevoir votre organisation pour l’année en cours? | |
| Oui  *Dans l’affirmative, veuillez préciser :*  Non | |
| 1. GSK a à cœur d’observer les règles d’éthique les plus strictes dans le cadre de ses activités, y compris dans notre partenariat avec votre organisation. Nous n’effectuerons pas, ni n’offrirons d’effectuer ou n’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  *Sinon, veuillez préciser :* | |

J’atteste que je suis un représentant dûment autorisé ou un mandataire de l’organisation candidate et que, à ma connaissance, l’information fournie est exacte. Je comprends que, à la demande de GSK, je peux devoir fournir des documents supplémentaires à l’appui des renseignements donnés ci-dessus et j’y consens.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Signature |  |
| Poste/titre |  | Date |  |