

DATE DU JOUR (1^{er} janvier 2024)

Unité commerciale : Sélectionner

Type de demande : Sélectionner

Date du début du programme :

Date de fin du programme :

Titre du programme :

Description du programme/de l'activité :

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Prénom et nom du demandeur :

Adresse courriel :

Nom de l'organisme :

Téléphone :

(123) 123-1234

Adresse de l'organisme :

Poste :

Ville :

Province :

Code postal :

A#B #C#

Montant demandé :

Devise : CAD

Budget du programme :

BÉNÉFICIAIRE DES FONDS (ÉTABLISSEMENT/ORGANISME SEULEMENT)

Chèque émis à l'ordre de (pas à l'ordre d'un particulier) :

Adresse du bénéficiaire :

Ville :

Province :

Code postal :

A#B #C#

Une ou plusieurs entreprises Johnson & Johnson sont-elles les seuls commanditaires de ce programme?

Sélectionner

Objectifs d'apprentissage :

- Mieux comprendre la technologie et comment la mettre efficacement en pratique.
- Augmenter la visibilité de la marque et la notoriété du produit.
- Utilisation sûre et efficace des produits de la famille des compagnies J&J.
- Formation continue des leaders de demain dans leurs disciplines.
- Gestion et traitement des complications afin d'améliorer la prise en charge globale du patient.

Mode de livraison : Sélectionner

Public cible : Sélectionner

DÉTAILS SUR LE LIEU (Subventions à la formation seulement)

Nom du lieu :

Province :

Ville :

Pays :

[Suite à la page 2](#)

Répartir ci-dessous les montants applicables aux **types de soutien**. Le total doit être égal au « **Montant demandé** » indiqué à la page 1 de ce formulaire.

TYPE DE SOUTIEN (Subventions à la formation seulement) MONTANT

Coûts de l'audiovisuel	\$
Honoraires (frais de conférencier)	\$
Aliments/boissons	\$
*Limites selon les lignes directrices sur la conformité en matière de soins de santé : Goûter 20 \$ Déjeuner 45 \$, Dîner 80 \$, Souper 170 \$.	
Matériel de cours	\$
Frais de location de salle.....	\$
Déplacements	\$
Hébergement	\$
Frais d'inscription.....	\$
Frais de laboratoire.....	\$
*Autre :	\$
*veuillez préciser :	

DEMANDES DE BOURSES :

1. Quels sont les critères de sélection des boursiers?
2. Veuillez fournir les éléments suivants pour le(s) boursier(s) sélectionné(s):
Nom et prénom:
Adresse e-mail:
Pays natal:
3. Si une personne de nationalité française bénéficie de cette bourse, vous devrez respecter les exigences françaises en matière de divulgation dans le cadre de cette politique (**LIEN**). Ceci est une exigence imposée par la France et non par Johnson & Johnson.

TOTAL \$

Le total doit être égal au « **Montant demandé** » indiqué à la page 1.

AUTRES COMMENTAIRES :

PIÈCES JUSTIFICATIVES :

Prière de joindre les documents requis (ci-après) à ce formulaire.

SUBVENTION À LA FORMATION :

- Lettre de demande signée (sur papier en-tête)
- Détails du budget
- Ordre du jour du programme

BOURSE :

- Lettre de demande signée (sur papier en-tête)
- Rapport après le programme si ce programme a reçu l'appui des Compagnies médicales Johnson & Johnson au cours des 5 dernières années
- Tout autre renseignement à l'appui de ce programme

Soumettre par courriel à :

RA-MEDCA-MedEdu@its.jnj.com

* Joindre ce formulaire et les pièces justificatives requises. Les dossiers incomplets peuvent retarder le traitement de votre demande.

* Veiller à « sauvegarder » ce formulaire avant de le soumettre.

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE :

Cette organisation et/ou le demandeur sont-ils des fonctionnaires au sens des lois locales? Sélectionner

Indiquer la justification commerciale de l'octroi du financement, y compris la manière dont il se rapporte à la stratégie ou au domaine d'intérêt de la société.

La demande reflète-t-elle le juste coût commercial? Sélectionner

AUTRES COMMENTAIRES :

Objectifs éducatifs : Sélectionner tout ce qui s'applique

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| Domaine d'intérêt | Communauté |
| Intérêt de la société | Transfert de connaissances |

