

Veillez remplir tous les champs. Les demandes incomplètes ne seront pas évaluées.

Directives : Veillez saisir votre réponse dans les champs de texte libre.

Une fois le formulaire dûment rempli, veuillez l'envoyer à info@tolmar.ca accompagné des documents suivants :

- Ventilation détaillée de l'ensemble du budget du programme
- Ordre du jour de la réunion ou lien vers le site Web, le cas échéant
- Tout document pertinent relatif à l'initiative proposée (c'est-à-dire lettre de demande, proposition de projet, etc.)

RENSEIGNEMENTS SUR LE COMMANDITAIRE

Nom de l'établissement				
Demandeur	Titre			
	Nom de famille			
	Prénom			
	Numéro de téléphone au bureau			
	Numéro de télécopieur au bureau			
	Courriel			
Numéro d'identification aux fins de l'impôt				

PROJET/ACTIVITÉ ÉDUCATIVE

Titre du projet ou de l'activité				
Lieu du projet ou de l'activité	Lieu n° 01	Lieu n° 02	Lieu n° 03	Lieu n° 04
Calendrier/échancier	Du			
	Au			
Objectifs de l'activité ou du projet médical				
Type de participants/public/destinataires				
Nombre prévu de participants/ destinataires				

ACTIVITÉ OU PROJET MÉDICAL

Décrire l'activité ou le projet médical et la façon dont il favorisera l'amélioration des soins des patients et les connaissances scientifiques ou médicales des professionnels de la santé ou l'atteinte d'autres objectifs de santé publique.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE DE L'ACTIVITÉ OU DU PROJET MÉDICAL

Fournir des objectifs d'apprentissage ou des mesures pour l'activité ou le projet médical.

FORMULE ET MATÉRIEL DE L'ACTIVITÉ OU DU PROJET MÉDICAL

Décrire la formule ou le concept de l'activité ou du projet.

RÉSULTATS DE L'ACTIVITÉ OU DU PROJET MÉDICAL

Décrire comment les résultats seront mesurés (par exemple, échelles, tests, sondages).

RÉSULTATS ATTENDUS ET APPLICATION DES CONNAISSANCES

Décrire les résultats de votre activité ou projet médical. Décrire comment les résultats de l'activité seront communiqués, partagés, mis en œuvre pour favoriser l'amélioration des soins aux patients et des connaissances scientifiques ou médicales des cliniciens ou l'atteinte d'autres objectifs de santé publique.

ÉVALUATION DES BESOINS

Décrire les besoins médicaux non satisfaits liés à ce projet. Veuillez fournir une référence à la phase précédente du projet s'il s'agit de la poursuite ou de l'expansion d'une activité ou d'un projet existant.

TYPE DE SOUTIEN

Budget total pour l'activité ou le projet	
Montant demandé à Tolmar Pharmaceutiques Canada inc. Budget total en dollars canadiens	
Y a-t-il un soutien de la part d'autres partenaires?	Oui Non
Si oui, veuillez indiquer le nom des autres commanditaires et le soutien demandé.	
Liste des autres commanditaires	
Soutien demandé	
Soutien garanti sur la base du budget total au moment de la demande :	
Fournisseur de la formation médicale continue, le cas échéant.	

SIGNATURE

Les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets. Si une réponse dans cette demande change, je m'engage à modifier la demande le plus rapidement possible.

Tolmar Canada se réserve le droit d'examiner les renseignements fournis afin de prendre une décision fondée sur le mérite et le budget disponible pour soutenir l'initiative proposée.

Veuillez noter que les renseignements personnels que vous nous communiquez peuvent être envoyés, conservés ou traités aux États-Unis ou dans tout autre pays où Tolmar Pharmaceutiques Canada ou l'un ou l'autre de ses affiliés, filiales, fournisseurs ou mandataires a un établissement. Le cas échéant, ces renseignements personnels seront assujettis aux lois du pays dans lequel ils se trouvent. Des mesures de sécurité ont été mises en place pour les protéger. Nous n'utiliserons, ne divulguerons et ne conserverons ces renseignements que pendant le temps nécessaire pour réaliser les fins auxquelles ils ont été recueillis et dans la mesure permise ou requise par la loi. Pour en savoir plus, veuillez consulter notre politique de confidentialité disponible en ligne au : <http://www.tolmar.ca/privacyFR.html>