

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENGAGEMENT ET DE JUSTIFICATION DE SOUS-TRAITANCE D'UNE PRESTATION / D'UN SERVICE

Ce formulaire est à renseigner **avant établissement de tout contrat** avec HCP / HCO\* et à joindre au dossier concerné.

HCO\* = Health Care Organization – par exemple, association de professionnels de santé.

1. DEMANDE			
Date de la demande			
Nom de l'initiateur			
BU à l'origine de la demande			
Nom du SPC / gestionnaire DMOS/assistante médical			
<input type="checkbox"/> <b>Contrat Professionnel de santé</b>		<input type="checkbox"/> <b>Contrat Association de professionnels de santé</b>	
Nom du Professionnel concerné	Dr/Pr Prénom NOM	Dénomination sociale	
Spécialité du PdS		Président	
Qualification / Tiering <small>Demander CV au médecin si pas de Tiering</small>	TIER =	Siège social	
		Objet social	
2. NATURE DU CONTRAT ET DESCRIPTION DE L'ACTIVITE SOUS-TRAITEE			
Type de contrat	<input type="checkbox"/> Contrat d'intervenant à une manifestation <input type="checkbox"/> Contrat d'évaluation scientifique <input type="checkbox"/> Contrat de recherche scientifique (expert, consultant) <input type="checkbox"/> Contrat de conseil ou d'expertise autre que scientifique (enquête, étude, étude de marché) <input type="checkbox"/> Contrat de location de stand <input type="checkbox"/> Contrat de partenariat		
Date(s) prévisionnelle(s)	XX/XX/XX		
Durée(s) prévisionnelle(s) de la prestation	<i>Précisez la durée du travail préparatoire (si applicable) ainsi que la durée de chaque activité (si plusieurs activités sont concernées).</i>  • Temps de préparation (XhXX) = ..... • Temps d'intervention (XhXX) = .....		
Montant total du contrat et détermination de la rémunération	Taux horaire : XXX €/h Montant total du contrat (rémunération) : XXX€		
Montant(s) du ou des avantages octroyés (défraiement et repas)	Hospitalités : XX€ TTC XX€ TTC		
Objet / objectifs du contrat			

<b>Livrables / Rendu attendu(s)</b>	
Indiquer si dans les 12 derniers mois un projet équivalent a été mené dans votre aire thérapeutique (hors contrats d'orateurs) et le cas échéant, expliquer le besoin d'initiation d'un nouveau projet.	

### 3. BESOIN DE SOUS-TRAITER A UN HCP OU UNE HCO

<b>Expliquer pourquoi l'activité sous-traitée ne peut pas être réalisée en interne ?</b>	
<b>Si applicable, expliquer pourquoi la prestation / le service n'est pas sous-traité à une société spécialisée (ex. : market research,...).</b>	

### 4. NOMBRE ET JUSTIFICATION DE HCPS (si applicable)

<b>Préciser combien de HCPS participeront à la prestation / au service sous-traité</b>	
<b>Justifier le nombre de HCPS prévu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'Experts fixé au minimum nécessaire</li> </ul>

### 5. JUSTIFICATION DU CHOIX D'UN HCP OU D'UNE HCO

<b>Expliciter les raisons de la sélection :</b> - du(des) HCP - de la HCO pour réalisation de la prestation / du service	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 6. VALIDATION

	Directeur concerné	
Date		
Signature		