**FORMULAIRE DE JUSTIFICATION DE SOUS-TRAITANCE D’UNE PRESTATION / D’UN SERVICE**

Ce formulaire est à renseigner avant établissement de tout contrat avec HCP / HCO\* (hors Advisory Boards qui font l’objet d’un formulaire spécifique) et à joindre au dossier concerné.

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

**1/ Responsable(s) de l’opération (AbbVie) :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom Initiateur : | Nom Manager : |

**2/ Description de l’activité sous-traitée**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de prestation / service concerné** | *Exemples :*   * *Prestation d’orateur dans une RP* * *Recherche bibliographique / Analyse de données* * *Formation des collaborateurs AbbVie* * *Etc.* |
| **Références internes** | * *Indiquez les références NAYA / ATRIUM (si applicable)* |
| **Aire thérapeutique** |  |
| **Objectifs** | * *Décrire en détail ce projet, ses objectifs et sa justification.* |
| **Livrables / Rendu attendu(s)** |  |
| **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.** |  |
| **Date(s) prévisionnelle(s)** |  |
| **Durée(s) prévisionnelle(s) de la prestation** | *Précisez la durée du travail préparatoire (si applicable) ainsi que la durée de chaque activité (si plusieurs activités sont concernées).*   * *Travail préparatoire 1 : \_\_\_\_ h* * *Activité 1 : \_\_\_\_ h* * *Travail préparatoire 2 : \_\_\_\_ h* * *Activité 2 : \_\_\_\_ h* * *Etc.* |

**3/ Besoin de sous-traiter à un HCP ou une HCO**

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

**4/ Nombre et justification de HCPs**

|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser combien de HCPs participeront à la prestation / au service sous-traité** |  |
| **Justifier le nombre de HCPs prévu** | * *Nombre d’Experts fixé au minimum nécessaire* |

**5/ Justification du choix d'un HCP / d'une HCO donné(e)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom(s) du(des) HCP**  **Spécialité(s) du(des) HCP**  **Tiering du(des) HCP** | * *HCP 1 : Nom, Spécialité, Tier* * *HCP 2 : Nom, Spécialité, Tier* * *HCP 3 : Nom, Spécialité, Tier* * *Etc.* |
| **Expliciter les raisons de sélection du(des) HCP pour réalisation de la prestation / du service** |  |
| **Nom de la HCO** |  |
| **Expliciter les raisons de sélection de la HCO pour réalisation de la prestation** |  |