# RÉUNION, ÉVÉNEMENT OU FORMATION

|  |  |
| --- | --- |
| **CONSEILS SUR LES MODÈLES** | |
| **Type de communication** | **Inviter un Professionnel des soins de santé (HCP) à assister à une Réunion, un Événement ou une Formation** |
| **Modèles** | Il existe trois types de modèles nécessaires lorsque vous invitez un HCP à une Réunion, un Événement ou une Formation :   1. Approbation : demander une approbation au sein de votre société 2. Invitation d'un HCP : offrir une invitation à assister à un HCP 3. Notification de l'employeur : prévenir l'employeur du HCP (obligation en fonction des lois, réglementations et codes du secteur locaux) |
| **Bénéficiaires** | **HCP & Employeur du HCP** |
| **Procédure** | 1. Personnalisation des parties surlignées. N'effectuez pas d'autres modifications au modèle. Veillez à supprimer ces instructions et à remplir les parties entre crochets [] et à surligner avant d'envoyer. 2. Ajustez afin de refléter les lois locales et les codes du secteur si nécessaire. 3. Supprimez les parties qui ne s'appliquent pas spécifiquement à la Réunion, l'Événement ou la Formation. 4. Approbation interne des documents pour inviter un HCP à une réunion, un Événement ou une Formation à l'aide du Formulaire d'approbation. 5. Envoi de l'Invitation au HCP que vous souhaitez inviter à assister à une Réunion, un Événement ou une Formation. 6. Envoi d'une notification à l'employeur du HCP et copie au HCP invité à la Réunion, l'Événement ou la Formation (obligation en fonction des lois, réglementations ou codes du secteurs locaux). 7. Conservez un exemplaire des formulaires remplis pour les dossiers. |

Icon

Description automatically generated

**APPROBATION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS** | | | |
| **Titre** |  | **Dates** |  |
| **Lieu & emplacement** |  | **Frais liés au lieu**  *(si applicable)* |  |
| **Description** |  | | |
| **INFORMATIONS POUR LES PERSONNES PRÉSENTES** | | | |
| HCP présents | Indiquez les noms et les employeurs des HCP présents  [Nom du HCP & Nom de l'employeur du HCP] | | |
| **FRAIS DE DÉPLACEMENT** | | | |
| Frais de déplacement estimés totaux du HCP | 1. Billet d'avion : 2. Billet de train : 3. Déplacement par la route : | Frais de déplacement totaux réels du HCP | 1. Billet d'avion : 2. Billet de train : 3. Déplacement par la route : |
| Classe de voyage du HCP *(si pas économique/ classe de bus)* | Pour les HCP qui ne se déplacent pas en classe économique/bus, indiquez le nom du HCP et la raison de la classe de voyage sélectionnée :  [Nom, motif] | | |
| **HÉBERGEMENTS (SI APPLICABLE)** | | | |
| Nom de l'hôtel |  | Lieu de l'hôtel |  |
| Frais d'hôtel totaux estimés |  | Total des frais d'hôtel **réels** |  |
| Motif du choix de l'hôtel |  | | |
| **REPAS** | | | |
| Frais de repas totaux estimés | 1. Nombre de repas par événement : 2. Prix par repas : | Total des frais de repas **réels** | 1. Nombre de repas par événement : 2. Prix par repas : |
| **AUTRES FRAIS** | | | |
| Total des frais estimés |  | Total des frais réels |  |
| **PROCÉDURE D'APPROBATION** | | | |
| Veuillez envoyer ce formulaire rempli à [saisir le poste applicable]. | | | |
| **DOCUMENTATION SUPPLÉMENTAIRE** | | | |
| Incluez les détails ou l'ordre du jour du programme, etc. | | | |
| **CERTIFICATION DE LA PERSONNE QUI REMPLIT** | | | |
| Je confirme que les informations fournies sont véridiques et exactes d'après mes connaissances après avoir fait suffisamment de recherches.  Signature : Date : | | | |
| **CERTIFICATION DU RÉVISEUR (PDG/DIRECTEUR FINANCIER/DIRECTEUR DE LA COMMUNICATION/ETC.)** | | | |
| J'approuve l'aide fournie aux HCP figurant dans la liste :  Signature : Date : | | | |

# INVITATION D'UN PROFESSIONNEL DES SOINS DE SANTÉ

## [Date]

[Nom, adresse du professionnel des soins de santé (HCP) sélectionné pour assister]

Cher [Nom du HCP],

## [Nom de la société] est heureuse de vous inviter à assister à [nom de la réunion/de l'événement/de la formation].

Cette [réunion/événement/formation] concerne votre domaine de connaissances médicales et vous apportera [décrivez l'objectif et les détails concernant la réunion/l'événement/la formation]. Veuillez consulter l'ordre du jour joint pour plus d'informations.

Cette invitation n'est pas faite en échange de l'utilisation, recommandation, prescription ou influence sur l'utilisation des produits de [nom de la Société], ou en ce qui concerne la valeur ou le volume des activités générées entre les parties. Conformément au Code de conduite de [nom de la Société] , nous n'offrons rien de valeur.

Nous espérons que vous trouverez cette [réunion/événement/formation] informative et utile. Si vous avez besoin d'autres informations au sujet de notre invitation, veuillez contacter [nom et coordonnées de la personne à contacter].

Sincères salutations,

## [Nom]

## [Poste]

[Nom de la Société]

cc: [Employeur du HCP]

# NOTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

## [Date]

[Nom, adresse de l'employeur du HCP]

## Cher [nom de l'employeur du HCP],

[Nom de la Société] a invité [nom du HCP] à assister à [nom de la réunion/de l'événement/de la formation].

Cette [réunion/événement/formation] offrira [décrivez l'objectif de la réunion/de l’événement/de la formation]. Veuillez consulter l'ordre du jour joint pour plus d'informations.

Cette invitation n'est pas faite en échange de l'utilisation, recommandation, prescription ou influence sur l'utilisation des produits de [nom de la Société] , ou en ce qui concerne la valeur ou le volume des activités générées entre les parties. Conformément au Code de conduite de [nom de la Société] , nous n'offrons rien de valeur.

Nous vous fournirons ce qui suit : [personnalisez comme il convient]

1. Les repas et les boissons raisonnables au cours de [la réunion/l'événement/la formation]
2. Les transports vers et depuis [la réunion/l'événement/la formation]
3. L'hébergement raisonnable depuis [insérez les dates]

**Si vous approuvez cette activité**, aucune action n'est nécessaire. Si nous ne recevons pas de réponse de votre part, nous supposerons que vous approuvez notre offre d'invitation de [nom du HCP] à [nom de la réunion/l'événement/la formation].

**Si vous n' approuvez pas cette activité**, veuillez contactez [coordonnées] en indiquant votre désaccord. Veuillez donner votre réponse avant le [insérez la date].

Sincères salutations,

## [Nom]

## [Poste]

[Nom de la Société]

## cc: [insérez le nom du professionnel de soins de santé sélectionné pour assister à la réunion ou l'événement]