



Ficha de Candidatura

1. Identificação do(s) Candidato(s)

- **Representante da Candidatura:**

Nome completo:	
Número de telefone/telemóvel:	E-mail:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):
Assinatura:	



- **Outros autores**

Nome completo:	
Número de telefone/telemóvel:	E-mail:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do *Revolution Poster Awards by Pierre Fabre*;

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas na Ficha de Candidatura;

Declaro ainda que concordo com a nomeação de _____ para Representante do grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre nos termos previstos no Regulamento supra referido. Reconheço e aceito que esta pessoa será a legítima representante da candidatura em tudo o que lhe diga respeito, nomeadamente, e se aplicável, para receber o prémio que seja atribuído.

Assinatura: _____



Nome completo:	
Número de telefone/telemóvel:	E-mail:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do *Revolution Poster Awards by Pierre Fabre*;

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas na Ficha de Candidatura;

Declaro ainda que concordo com a nomeação de _____ para Representante do grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre nos termos previstos no Regulamento supra referido. Reconheço e aceito que esta pessoa será a legítima representante da candidatura em tudo o que lhe diga respeito, nomeadamente, e se aplicável, para receber o prémio que seja atribuído.

Assinatura: _____



Nome completo:	
Número de telefone/telemóvel:	E-mail:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do *Revolution Poster Awards by Pierre Fabre*;

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas na Ficha de Candidatura;

Declaro ainda que concordo com a nomeação de _____ para Representante do grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre nos termos previstos no Regulamento supra referido. Reconheço e aceito que esta pessoa será a legítima representante da candidatura em tudo o que lhe diga respeito, nomeadamente, e se aplicável, para receber o prémio que seja atribuído.

Assinatura: _____



Nome completo:	
Número de telefone/telemóvel:	E-mail:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do *Revolution Poster Awards by Pierre Fabre*;

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas na Ficha de Candidatura;

Declaro ainda que concordo com a nomeação de _____ para Representante do grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre nos termos previstos no Regulamento supra referido. Reconheço e aceito que esta pessoa será a legítima representante da candidatura em tudo o que lhe diga respeito, nomeadamente, e se aplicável, para receber o prémio que seja atribuído.

Assinatura: _____



Nome completo:	
Número de telefone/telemóvel:	E-mail:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do *Revolution Poster Awards by Pierre Fabre*;

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas na Ficha de Candidatura;

Declaro ainda que concordo com a nomeação de _____ para Representante do grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre nos termos previstos no Regulamento supra referido. Reconheço e aceito que esta pessoa será a legítima representante da candidatura em tudo o que lhe diga respeito, nomeadamente, e se aplicável, para receber o prémio que seja atribuído.

Assinatura: _____



Nome completo:	
Número de telefone/telemóvel:	E-mail:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do *Revolution Poster Awards by Pierre Fabre*;

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas na Ficha de Candidatura;

Declaro ainda que concordo com a nomeação de _____ para Representante do grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre nos termos previstos no Regulamento supra referido. Reconheço e aceito que esta pessoa será a legítima representante da candidatura em tudo o que lhe diga respeito, nomeadamente, e se aplicável, para receber o prémio que seja atribuído.

Assinatura: _____



Nome completo:	
Número de telefone/telemóvel:	E-mail:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do *Revolution Poster Awards by Pierre Fabre*;

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas na Ficha de Candidatura;

Declaro ainda que concordo com a nomeação de _____ para Representante do grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre nos termos previstos no Regulamento supra referido. Reconheço e aceito que esta pessoa será a legítima representante da candidatura em tudo o que lhe diga respeito, nomeadamente, e se aplicável, para receber o prémio que seja atribuído.

Assinatura: _____



Nome completo:	
Número de telefone/telemóvel:	E-mail:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do *Revolution Poster Awards by Pierre Fabre*;

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas na Ficha de Candidatura;

Declaro ainda que concordo com a nomeação de _____ para Representante do grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre nos termos previstos no Regulamento supra referido. Reconheço e aceito que esta pessoa será a legítima representante da candidatura em tudo o que lhe diga respeito, nomeadamente, e se aplicável, para receber o prémio que seja atribuído.

Assinatura: _____



Nome completo:	
Número de telefone/telemóvel:	E-mail:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do *Revolution Poster Awards by Pierre Fabre*;

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas na Ficha de Candidatura;

Declaro ainda que concordo com a nomeação de _____ para Representante do grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre nos termos previstos no Regulamento supra referido. Reconheço e aceito que esta pessoa será a legítima representante da candidatura em tudo o que lhe diga respeito, nomeadamente, e se aplicável, para receber o prémio que seja atribuído.

Assinatura: _____



Nome completo:	
Número de telefone/telemóvel:	E-mail:
Categoria profissional:	Identificação do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde e Serviço (nome e morada):

Declaro que li, compreendi e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do *Revolution Poster Awards by Pierre Fabre*;

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas na Ficha de Candidatura;

Declaro ainda que concordo com a nomeação de _____ para Representante do grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre nos termos previstos no Regulamento supra referido. Reconheço e aceito que esta pessoa será a legítima representante da candidatura em tudo o que lhe diga respeito, nomeadamente, e se aplicável, para receber o prémio que seja atribuído.

Assinatura: _____



- **Declaração do Representante do grupo de pessoas singulares**

(nome completo), é indicado pelo(s) restante(s) candidato(s) do seu grupo como seu legítimo representante para o exercício das seguintes funções:

- Representar o grupo perante a Comissão de Avaliação e a Pierre Fabre, prestando todas as informações solicitadas por estas;
- As demais funções previstas no Regulamento.

Declaro que li e aceito, sem reservas, as condições enunciadas no Regulamento do concurso de pósteres científicos *Revolution Poster Awards by Pierre Fabre*.

Mais declaro que preenchi e concordo com as informações disponibilizadas nesta Ficha de Candidatura.

Assinatura:



2. Identificação do Póster

Título do Póster _____

Identificação do projeto de investigação que serviu de base à elaboração do Póster, bem como do Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde onde o mesmo decorreu, se aplicável: _____

Identificação da categoria a que concorre:

- Relatos de caso/ Séries de Casos
- Estudos Observacionais.....
- Inovação em Farmácia Hospitalar.....

3. Declaração e Garantias

- O projeto de investigação que serviu de base à redação do Póster foi autorizado pelas entidades competentes e pelo Estabelecimento de Prestação de Cuidados de Saúde, se aplicável. onde o(s) candidato(s) exerce(m) funções onde o projeto decorreu:

- Sim
- Não
- Não aplicável

- Foram obtidas as devidas autorizações das autoridades competentes para a experimentação animal ou humana:

- Sim
- Não
- Não aplicável

O(s) candidato(s) declara(m) e garante(m) ainda que foram obtidos todos os consentimentos e autorizações necessárias, assim como cumpridas as demais obrigações, em matéria de tratamento de dados pessoais.

A Pierre Fabre pode a qualquer altura solicitar ao(s) candidato(s) o comprovativo do cumprimento dos requisitos referidos.



Adicionalmente, o(s) candidato(s) reconhece(m) e aceita(m) que, caso seja(m) vencedor(res) em alguma das categorias, a Pierre Fabre poderá divulgar, ou divulgará, se tal lhe for imposto pelas normas legais ou deontológicas a que se encontra sujeita, incluindo o Estatuto do Medicamento, e pelos meios que entender ou a que estiver obrigada, designadamente na Plataforma de Comunicações – Transparência e Publicidade do INFARMED, informação referente ao Prémio concedido, incluindo, a identificação do(s) vencedor(es) e o montante do Prémio.

4. Dados Pessoais

Quaisquer dados pessoais serão tratados nos termos do ponto 11 do Regulamento.

5. Farmacovigilância

Caso seja descrita alguma reação adversa* ou situação especial de segurança** relativa a medicamentos comercializados pela Pierre Fabre ou por qualquer empresa do Grupo em que esta se insere, no âmbito da elaboração do *Póster* ou da sua apresentação oral, deverá preencher os campos abaixo.

O *Póster* submetido menciona alguma reação adversa ou situação especial de segurança?

Sim.....

Não

Em caso afirmativo, recorda-se se a situação descrita já foi notificada anteriormente à Pierre Fabre?

Sim.....

Não

Se Não, preencha pelo menos um dos seguintes campos para o departamento de farmacovigilância da Pierre Fabre poder fazer o seguimento do caso:

Telemóvel: _____

E-mail: _____

*Reação adversa (RA): Qualquer reação nociva e não intencional (sinal, sintoma ou doença temporária) a um medicamento.

**Situação Especial de Segurança, mesmo que não tenha uma RA associada: exposição durante a gravidez e amamentação; erros de medicação e sobredosagem; suspeita de abuso/mau uso do medicamento; exposição acidental ou inadvertida; benefício clínico inesperado; transmissão de agentes infecciosos; falta de eficácia e utilização *off label*.



6. NIB

NIB para onde deverá ser efetuada a transferência bancária caso o *Póster* submetido seja o vencedor na respetiva categoria:



Pierre Fabre

Pierre Fabre Médicament Portugal, Lda.

<https://www.pierre-fabre.com/pt-pt> | Tlf: 21 381 5320

R. Rodrigo da Fonseca 178, 2º, 1099-067 Lisboa

Copyright © Grupo Pierre Fabre 2023

NIF 500230366

Todos os direitos reservados.

ONCO-105-02-23



Pierre Fabre
Taking care, living better