



Ficha de Candidatura

1. Identificação do(s) Candidato(s)

- **Autor (no caso de pessoa singular) ou 1º Autor/Representante da Candidatura (no caso de grupo de pessoas singulares):**

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:	

- **Declaração do Autor (no caso de pessoa singular)**

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:



- **Declaração do 1º Autor/Representante da Candidatura (no caso de grupo de pessoas singulares):**

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.

Declaro ainda ser o representante da Candidatura 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.

Assinatura:



- **Outros autores (no caso de candidatura de grupo de pessoas singulares)**

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 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.

Declaro ainda que concordo que _____ seja o(a) 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:



2024 POSTER AWARDS

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 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.

Declaro ainda que concordo que _____ seja o(a) 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:



2024 POSTER AWARDS

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 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.

Declaro ainda que concordo que _____ seja o(a) 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:



2024 POSTER AWARDS

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 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.

Declaro ainda que concordo que _____ seja o(a) 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:



2024 POSTER AWARDS

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 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.

Declaro ainda que concordo que _____ seja o(a) 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:



2024 POSTER AWARDS

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 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.

Declaro ainda que concordo que _____ seja o(a) 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:



2024 POSTER AWARDS

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 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.

Declaro ainda que concordo que _____ seja o(a) 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:



2024 POSTER AWARDS

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 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.

Declaro ainda que concordo que _____ seja o(a) 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:



2024 POSTER AWARDS

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 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.

Declaro ainda que concordo que _____ seja o(a) 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:



2024 POSTER AWARDS

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 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.

Declaro ainda que concordo que _____ seja o(a) 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:



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. Outras Declarações e Garantias

- O(s) candidato(s) declara(m) e garante(m) que, sempre que aplicável, 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 onde o(s) candidato(s) exerce(m) funções e/ou onde o projeto decorreu.
- O(s) candidato(s) declara(m) e garante(m) que, sempre que aplicável, foram obtidas as devidas autorizações das autoridades competentes para a experimentação animal ou humana.
- 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.

- O(s) candidato(s) declara(m) e garante(m) que todas as reações adversas ou situações especiais de segurança descritas no Póster submetido, foram notificadas em tempo devido ao(s) titular(es) da(s) AIM(s) ou ao INFARMED, I.P.



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*.

AIM: Autorização de Introdução no Mercado

- Adicionalmente, o(s) candidato(s) reconhece(m) e aceita(m) que, caso seja(m) vencedor(es) 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. 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 2024

NIF 500230366

Todos os direitos reservados.

ONCO-038-01-24