# FORMATO PATROCINIO

|  |  |
| --- | --- |
| **GUÍA DE LA PLATILLA** | |
| **Tipo de plantillas** | **Patrocinios diversos** |
| **Plantillas** | Se necesitan dos plantillas para proporcionar apoyo financiero a una reunión de terceros:  1. **Solicitud de patrocinio** – Para documentar los detalles de la solicitud de apoyo y documentar la aprobación de este apoyo.  2. **Acuerdo de patrocinio** – Para documentar su apoyo al evento con el organizado  del mismo. |
| **Proceso** | * Personalice las secciones resaltadas. No haga ningún otro cambio en la plantilla. * Asegúrese de borrar estas indicaciones y de completar los corchetes [ ] y lo resaltado antes de enviarlo. * Adapte para reflejar las leyes locales y los códigos de la industria, según sea necesario. * Elimine cualquier sección que no se apliquen específicamente |

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PATROCINIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD** | |
| Elija el tipo de patrocinio | * Espacio en stand * Publicidad/Promoción * Costos del servicio de comidas de una reunión educativa * Costos audiovisuales de una reunión educativa * Producto de demostración para una reunión educativa * Otro: |
| Proporcione detalles del financiamiento, el equipo o los servicios que se proporcionarán |  |
| **ORGANIZACIÓN SOLICITANTE** | |
| Nombre de la Organización |  |
| Persona de Contacto | [Nombre, Apellido] |
| Dirección |  |
| Código postal / Ciudad |  |
| País |  |
| Número de teléfono / Fax |  |
| Correo electrónico |  |
| Proporcione una descripción del propósito educativo o científico de la organización |  |
| Indique el propósito específico de los fondos solicitados | [describa el tipo de evento educativo, la fecha, el lugar, el nombre y adjunte los folletos o la información impresa disponibles; identifique el público al que va dirigido] |
| **PROCESO DE APROBACIÓN** | |
| Por favor, envíe este formulario completo a [introduzca la función correspondiente]. | |
| **DOCUMENTACIÓN ADICIONAL** | |
| Incluya cualquier carta de solicitud recibida de la organización solicitante. | |
| **CERTIFICACIÓN** | |
| Confirmo que la información proporcionada es verdadera y completa según mi leal saber y entender después de una investigación razonable. Asimismo, certifico que el financiamiento no se ofrece ni se proporciona como una concesión de precios, una recompensa para favorecer a los clientes o un incentivo para recomendar, prescribir o comprar productos o servicios de la Empresa, y que no está vinculada en modo alguno al uso pasado, presente o futuro de los productos o servicios de la Empresa. | |
| Firma: Fecha: | |
| **APROBACIÓN (CEO/CFO/CCO/ETC.)** | |
| Apruebo el apoyo que se está prestando según lo detallado anteriormente:  Firma: Fecha: | |

# ACUERDO DE PATROCINIO

El presente Acuerdo se celebra entre [Insertar el nombre de la empresa] y la [Institución] y [Fecha del Acuerdo].

**ANTECEDENTES**

[Insertar el nombre de la empresa] en [Fecha del Acuerdo] desea proporcionar, y [insertar el organizador del evento] desea aceptar el Patrocinio para el Propósito del Patrocinio, respecto y con sujeción a lo siguiente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DETALLES DEL ACUERDO** | | | | | |
| **Fecha del Acuerdo** |  | | | | |
| **Nombre de la empresa**  *Entidad que proporciona el patrocinio* |  | | | | |
| **Número de la Empresa** |  | | | | |
| **Dirección** |  | | | | |
| **Persona de Contacto** |  | | | | |
| **Organizador del evento**  *que recibe el patrocinio* |  | | | | |
| **Tipo de parte que recibe el patrocinio** | * Organizador de congresos profesional | | * Organizador profesional de la organización de atención a la salud | | * Asociación/Sociedad organizadora profesional |
| **Nombre** |  | | | | |
| **Dirección** |  | | | | |
| **Persona de Contacto** |  | | | | |
|  | **Tipo del patrocinio** | **Divisa** | | **Monto Total** | |
| **Patrocinio** |  |  | |  | |

# ACUERDO DE PATROCINIO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DETALLES DEL ACUERDO** *continuación* | | |
| **Propósito del patrocinio** | El Patrocinio es para apoyar la educación y formación médica de los Profesionales de la Salud en el Evento y para proporcionar los Productos a entregar (el "Propósito del Patrocinio"). | |
| **Detalles del evento** *Nota: Si se trata de más de un evento, entonces enumere todos los eventos* | | |
| **Fechas** | **Fecha de Inicio** | **Fecha de Finalización** |
| **Título del Evento** |  | |
| **Ubicación del Evento** |  | |
| **Lugar del Evento** |  | |
| **Área de Especialidad** |  | |
| **Productos a entregar** | *Describa las obligaciones que el Organizador debe proporcionar*  *a [Insertar el nombre de su empresa] a cambio del Patrocinio.*  La Institución, en contraprestación por el Patrocinio, y sin costo o gasto adicional para [Insertar nombre de la empresa], proporcionará   * espacio en stand * espacio para simposios * anuncio para ser publicados en [insertar sitio web/revista]; * reconocer el apoyo de [Insertar nombre de la empresa] en todos los materiales impresos, electrónicos y publicados relacionados con el Evento según lo acordado entre las partes.   La Institución será responsable del control y la selección del contenido del programa, los docentes, el método educativo y los materiales. | |
| **Condiciones de pago** | El pago se realizará en un plazo de XX días a partir de la fecha de la firma del Acuerdo por todas las partes y tras la recepción por parte de [Insertar nombre de la empresa] de una factura. | |
| **Territorio** | País donde se constituyó | |

Ambas partes están de acuerdo con los detalles anteriores:

## [Nombre del organizador del evento]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha

Cargo: Representante autorizado

## [Inserte el nombre de la empresa]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha

Cargo: Representante autorizado