

Contrat de consultance

TEMPLATE

Les parties

Entreprise pharmaceutique

Rue et n°, code postal et ville, Belgique, BTW BE xxxx.xxx.xxx ("**Entreprise**")

Nom de l'organisation du patient

[ADRESSE, numéro de TVA (le cas échéant)] [SI LE PATIENT AGIT AU NOM D'UNE ORGANISATION (gouvernement, organisation de patients) : agissant au nom de [NOM de l'organisation, ADRESSE de l'organisation, numéro de TVA de l'organisation] ("**Consultant**")]

Activité

Une entreprise pharmaceutique sollicite votre aide pour l'activité suivante :

Description : [titre/type de l'activité]

Date : [insérer les dates de début et de fin de l'activité - de la première préparation à la dernière activité, par exemple l'approbation du procès-verbal ; si la date de fin n'est pas connue, indiquer la date de début et ajouter "jusqu'à l'achèvement de l'activité"].

Objectif et description de l'activité : [insérer l'objectif et les détails de l'activité, et les besoin de l'entreprise].

Votre rôle

[CONSERVER LA FORMULATION LA PLUS APPROPRIÉE] :

- Conseil consultatif
- Orateur
- Consultant

Des lectures et une préparation préalables peuvent s'avérer nécessaires. Nous pensons que cela devrait prendre heures de votre temps et sera pris en compte dans la rémunération.

Votre rôle lors de la réunion consistera à fournir des informations et des conseils à l'entreprise sur le(s) objectif(s) susmentionné(s).

Vous agirez de manière professionnelle et conformément (i) aux normes de l'industrie, (ii) au niveau de soin et de diligence normalement pratiqué par les consultants fournissant des services de nature similaire et (iii) à toutes les règles légales et éthiques pertinentes (y compris, mais sans s'y limiter, le code de déontologie de pharma.be et la loi belge sur les médicaments du 25 mars 1964 et ses arrêtés d'exécution).

Le cas échéant : l'entreprise se réserve le droit d'examiner et d'approuver toute présentation préparée par vos soins afin de s'assurer qu'elle est conforme aux exigences légales applicables avant sa distribution/présentation. Pour ce faire, vous devez fournir la présentation à l'entreprise avant la réunion. Aucune modification ne sera apportée par l'entreprise à la présentation sans votre accord.

Lieu

[Insérer le nom et l'adresse du lieu] ou indiquer si l'activité se déroule en ligne.

Rémunération

VEUILLEZ INCLURE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CAS DE REMUNERATION :

Calendrier : insérer le nombre estimé d'heures de préparation et le nombre estimé d'heures d'activité.

Honoraires : insérer le taux de rémunération horaire et/ou la rémunération totale maximale (montant forfaitaire) qui sera versée dans le cadre de cet accord.

OPTIONNEL : **Frais de déplacement** : l'entreprise vous remboursera les frais de voyage et autres dépenses raisonnables (au prix coûtant, sans supplément de comptabilité, de manutention et/ou de gestion) encourus dans le cadre du présent accord, sous réserve de recevoir (i) l'approbation écrite de l'entreprise pour le remboursement de ces dépenses et (ii) la preuve d'achat (par exemple, les reçus originaux) pour toutes les dépenses. En cas de voyage en avion, la politique de l'entreprise sera appliquée.

VEUILLEZ INCLURE CE QUI SUIT AU CAS OÙ AUCUNE COMPENSATION N'EST PAYÉE ET SUPPRIMER LES PARAGRAPHES "**Facturation**" et "**Conditions de paiement**" ci-dessous : Aucune rémunération ne sera versée par l'entreprise en ce qui concerne les services fournis dans le cadre de ce contrat.

Facturation

Une fois l'activité terminée, vous devez envoyer une facture (copie pdf) à l'adresse électronique. Chaque facture doit contenir les informations suivantes :

- Le mot "facture", y compris le numéro et la date de la facture ;
- Le nom, l'adresse, le numéro de TVA ou le numéro d'entreprise de votre association
- Identification de l'entreprise pharmaceutique (nom, adresse, numéro de TVA) ;
- Numéro de commande de l'entreprise : []
- Nom de la personne de contact de l'entreprise : []
- Description et date des services rendus et/ou des produits livrés ;
- La redevance applicable + TVA le cas échéant
- Vos coordonnées de paiement, étant :

Nom Titulaire du compte	<input type="text"/>
Numéro de compte bancaire	<input type="text"/>

Délai de paiement

L'entreprise vous paiera dans les 60 jours suivant la réception d'une facture valide.

Propriété des matériels

[Insérer des précisions sur le propriétaire des documents utilisés et créés dans le cadre de l'activité (par exemple, présentations, rapports, comptes rendus de réunions, autres documents, etc.).]

Filmer photographe et enregistrer

Vous acceptez que l'entreprise puisse vous filmer, prendre des photos ou vous enregistrer pendant que vous fournissez les services. Vous acceptez que l'entreprise utilise le matériel à des fins commerciales. Si nécessaire, des détails supplémentaires peuvent être fournis dans un contrat séparé, décrivant l'utilisation du matériel et les objectifs poursuivis.

Transparence et divulgation

Le cas échéant, l'entreprise divulguera tous les paiements effectués en votre faveur conformément au "Belgian Sunshine Act", au code de conduite de pharma.be et à d'autres lois ou codes sectoriels applicables. Les informations publiées resteront accessibles pendant au moins trois (3) ans et les dossiers seront conservés en interne par l'entreprise pendant au moins dix (10) ans. Vous trouverez de plus amples informations sur le site www.betransparent.be

Si l'on vous demande d'écrire ou de parler, ou si vous publiez sur le sujet de cet engagement ou sur tout autre sujet relatif à l'entreprise, vous pourriez vouloir révéler que vous êtes un consultant de l'entreprise.

Clause anti-corruption

En signant ce contrat, vous confirmez que n'avez pas proposé et ne proposerez pas, directement ou indirectement, de payer, de promettre de payer ou d'offrir quoi que ce soit de valeur à quiconque en vue d'obtenir un avantage indu en rapport avec le présent contrat.

Rapport de sécurité

Si, au cours de l'activité couverte par le présent contrat, l'entreprise ou l'association de patients a connaissance de suspicions d'événements indésirables, de situations spéciales et d'autres rapports de type cas* ou de plaintes liées à l'utilisation d'un médicament de l'entreprise, ces faits seront signalés au service de sécurité des médicaments de l'entreprise, comme indiqué ci-dessous, dans un délai d'un jour ouvrable.

- Coordonnées de la personne à contacter :
- Nom de l'entreprise
- Adresse complète
- Tél : +32
- Fax : +32
- E-mail :

** Grossesse/allaitement, utilisation dans la population pédiatrique ou âgée, manque d'efficacité, surdosage, mésusage, abus, utilisation non conforme à l'étiquetage, erreur de médication (y compris erreur de médication interceptée et erreur de médication potentielle), exposition professionnelle, données relatives à une transmission suspectée d'un agent infectieux par un médicament (STIAMP), interaction médicamenteuse, médicaments falsifiés (qu'ils soient suspectés ou confirmés) et effets indésirables suspectés dans le cadre d'actions collectives en justice.*

Compétence et conflit d'intérêts

Vous déclarez n'être soumis à aucune obligation susceptible d'interférer avec l'activité ou d'interdire le paiement de la redevance et/ou la conclusion du présent contrat.

À tout moment, vous agirez en tant qu'individu indépendant et non en tant que représentant de l'entreprise.

Utilisation de vos données personnelles

Vous acceptez que l'entreprise utilise vos données personnelles conformément à sa politique de confidentialité, qui peut être consultée sur www.company's name.be.

Cession et sous-traitance

Vous ne pouvez pas céder ou sous-traiter tout ou partie du présent accord à un tiers sans l'accord écrit préalable de l'entreprise.

Droit applicable

Le présent contrat est régi par les lois belges et tout litige ou toute réclamation découlant du présent contrat ou s'y rapportant sera soumis à l'autorité exclusive des tribunaux compétents de la ville où se trouve le siège du tribunal concerné.

**Durée et
résiliation**

Le présent contrat entrera en vigueur le [DATE DE DÉBUT] (la "**date d'entrée en vigueur**")
et se poursuivra ensuite jusqu'au [PROJET DE FIN].

**[FACULTATIF]
Signatures
électroniques**

Vous acceptez d'utiliser la signature électronique pour l'exécution de cet accord (le cas
échéant).

Signatures

Veillez signer si vous acceptez ces termes et conditions :

POUR LE CONSULTANT

Nom :
Fonction :
Date :

POUR L'ENTREPRISE

_____	_____
Nom :	Nom :
Fonction :	Fonction :
Date :	Date :