

MODELLO TRASPARENZA ALL. 2																
Full Name Nome e Cognome/ Denominazione	HCOs: City of Principal Practice HCOs: City where registered Professionisti Sanitari: Città dove si svolge prevalentemente la professione Organizzazioni sanitarie/terze Parti: Sede Legale	Country of Principal Practice Stato dove si svolge prevalentemente la professione/attività	Principal Practice Address Indirizzo dove si svolge prevalentemente la professione/attività	Donations Donazioni in denaro o altri beni	Scholarship Borse di Studio	Contribution to costs of Events Contributo per il finanziamento di eventi (es. convegni, congressi e riunioni scientifiche)			Contribution to costs of Training Contributo per il finanziamento di training teorico-pratici			Spese di partecipazione ad attività formative, educazionali e promozionali su prodotti aziendali organizzate dai Soci	Fee for service and consultancy Corrispettivi per prestazioni professionali e consulenze		Transfers of Value Research & Development Trasferimenti di valore per Ricerca & Sviluppo	TOTAL Totale
						Sponsorship agreements with HCOs/Third Parties appointed by HCOs to manage an event Accordi di sponsorizzazione con organizzazioni sanitarie/terze Parti per la realizzazione di eventi	Registration Fees Quote di iscrizione	Travel & Accommodation Viaggi e ospitalità	Sponsorship agreements with HCOs/Third Parties appointed by HCOs to manage an event Accordi di sponsorizzazione con organizzazioni sanitarie/terze Parti per la realizzazione di eventi	Registration Fees Quote di iscrizione	Travel & Accommodation Viaggi e ospitalità		Fees Corrispettivi	Related expenses agreed in the fee for service or consultancy contract, including travel e accommodation relevant to the contract Spese riferibili ad attività di consulenza e prestazioni professionali risultanti da uno specifico contratto, comprendenti le relative spese di viaggio e ospitalità		
DATI SU BASE INDIVIDUALE - una riga per ciascun Professionista Sanitario (ossia sarà indicato l'importo complessivo di tutti i trasferimenti di valore effettuati nell'arco dell'anno a favore di ciascun Professionista Sanitario; il dettaglio sarà reso disponibile solo per il singolo destinatario o per le Autorità)																
				NA	NA	NA*	NA*	NA*							NA	
				NA	NA	NA*	NA*	NA*							NA	
				NA	NA	NA*	NA*	NA*							NA	
				NA	NA	NA*	NA*	NA*							NA	
DATI SU BASE AGGREGATA - per Professionisti Sanitari																
Aggregate amount attributable to transfers of value to such Recipients Dato aggregato attribuibile a trasferimenti di valore a tali Destinatari				NA	NA	NA*	NA*	NA*							NA	
Number of Recipients in aggregate disclosure Numero dei Destinatari i cui dati sono pubblicati in forma aggregata				NA	NA	NA*	NA*	NA*							NA	
% of the number of Recipients included in the aggregate disclosure in the total number of Recipients disclosed % del numero di Destinatari inclusi nel dato aggregato sul numero complessivo dei Destinatari				NA	NA	NA*	NA*	NA*							NA	
DATI SU BASE INDIVIDUALE - una riga per ciascuna organizzazione sanitaria (ossia sarà indicato l'importo complessivo di tutti i trasferimenti di valore effettuati nell'arco dell'anno a favore dell'organizzazione sanitaria; il dettaglio sarà reso disponibile solo per il singolo Destinatario o per le Autorità)																
Organizzazioni Sanitarie e Terze Parti	Studio Ega S.r.l.		Roma		Solo per HCO	NA			NA		NA		NA		NA	38000
	GV Eventi e Congressi		Sardegna		Solo per HCO	NA			NA		NA		NA		NA	3500
	Experience S.r.l.		Roma		Solo per HCO	NA			NA		NA		NA		NA	4000
	Edicom S.r.l.		Milano		Solo per HCO	NA			NA		NA		NA		NA	6000
DATI SU BASE AGGREGATA																
Aggregate amount attributable to transfers of value to such Recipients Dato aggregato attribuibile a trasferimenti di valore a tali Destinatari				Solo per Terze parti		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
Number of Recipients in aggregate disclosure Numero dei Destinatari i cui dati sono pubblicati in forma aggregata				Solo per Terze parti		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
% of the number of Recipients included in the aggregate disclosure in the total number of Recipients disclosed % del numero di Destinatari inclusi nel dato aggregato sul numero complessivo dei Destinatari				Solo per Terze parti		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA		
* Nel caso di supporto diretto per la formazione di HCP che esercitano in ambito privato, occorrerà pubblicare il dato in forma individuale o aggregata, a seconda che l'HCP abbiamo prestato il consenso.																

Spett.le
Confindustria Dispositivi Medici
Viale Pasteur 10
00144 Roma

Oggetto: Nota Metodologica – Principi di redazione del report sugli obblighi di trasparenza 2024

Con la presente si conferma che per l'elaborazione del report in oggetto è stato seguito il principio di competenza, includendo tutte le spese ascrivibili al periodo dal 1.1.2024 al 31.12.2024 in accordo a tale principio.

Gli importi indicati sono espressi in euro, al netto dell'IVA (22%).

Distinti saluti

Polygon S.p.A

Sede legale: Via Laurentina, 456/458 – 00142 Roma (RM) – Tel. +39.06544081 – Fax +39.0654408214 – Partita IVA e C.F. n° 06915071002
R.E.A n° 998707 Cap. Soc. € 6.480.000,00 i.v. Sede operativa: Via Gaspare Gozzi, 1/A – 20129 Milano (MI) – Tel. +39.02928580 – Fax +39.0292858002
www.polygon.eu – info.ts@polygon.eu

UNI EN ISO 9001
UNI ISO 45001

Società con Sistema di Gestione Certificato secondo
UNI CEI EN ISO 13485 UNI EN ISO 14001
UNI EN ISO 37001 SA 8000

UNI EN ISO 27001
UNI PDR 125