Del al 14 de

**50 BECAS PARA CURSO ON LINE DE VACUNAS**

La Asociación Española de Pediatría (AEP) convoca **50 BECAS patrocinadas por GSK para efectuar el Curso Avanzado de Vacunas en Pediatría 2ª Edición, organizado por el Comité de Vacunas de la AEP en la plataforma de formación a distancia Continuum, del 19 de abril al 14 de junio de 2017** (http://continuum.aeped.es/).

**Podrán optar a estas becas aquellos interesados que sean:**

**1.- MIEMBRO DE LA AEP.**

**2.- PEDIATRA EN ACTIVO,** para optar a las Becas enviar copia del Título de Pediatra.

**Envío de solicitudes:**

Las solicitudes (con letra de imprenta o mecanografiadas), con todos los datos solicitados **han de remitirse por correo electrónico a:** **virginia.perez@aeped.es** **.**

**Las becas se irán cubriendo por orden de llegada, por los candidatos que cumplan las condiciones de las Bases y firmen el Formulario de Datos Personales para la publicación de transferencias de valor a profesionales sanitarios adjunto (Anexo I). \*Si no se cumplen estas condiciones se adjudicará al candidato que cumpla todos los requisitos, siguiendo el turno de llegada.**

**LA RESOLUCIÓN SERÁ INAPELABLE.**

El anuncio de los galardonados se realizará en la página web de la AEP, comunicándose a cada uno de los galardonados.

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Móvil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sociedad Regional por la que pertenece a la AEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO I**

**FORMULARIO DE DATOS PERSONALES PARA LA PUBLICACIÓN DE TRANSFERENCIAS DE** **VALOR A PROFESIONALES SANITARIOS**

La ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA (en adelante AEP) tiene un compromiso constante con la transparencia en sus relaciones con los profesionales sanitarios de todo el mundo.

Se le pide que firme este formulario porque usted se ha beneficiado o se va a beneficiar de una beca convocada por AEP para la participación en un curso. El importe de esa beca ha sido financiado por GlaxoSmithKline, S.A. (en adelante, GSK) y abonado por AEP. El Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica obliga a GSK a publicar como transferencias de valor a usted el importe de la beca abonada por AEP ya que, como se ha indicado, GSK ha financiado la misma y, a efectos de las obligaciones de transparencia de Farmaindustria, este tipo de aportaciones se consideran como transferencias de valor indirectas de GSK, sin perjuicio de que GSK no haya intervenido ni influido en la selección del beneficiario de la beca otorgada.

Para permitir a AEP y GSK hacer un seguimiento preciso e informar de las transferencias de valor, AEP y GSK recopilan y mantendrán la siguiente información de usted, además de la información de todas las transferencias de valor que se le realicen a usted, o en su beneficio, por parte de AEP y GSK o en su nombre. Esta información (excepto su dirección de correo electrónico y su N.I.F que se publicará enmascarado) se incluirá en un informe que se publicará en un sitio web de GSK de acceso público, a efectos de las obligaciones de emisión de informes de transparencia, sin que sea preciso su consentimiento, en consideración al interés legítimo que, conforme al criterio de la Agencia Española de Protección de Datos, tienen las empresas sujetas al citado Código de Farmaindustria para la publicación de forma individual de las transferencias de valor. Las publicaciones se llevarán a cabo en base a la información más reciente que AEP y GSK hayan recibido de usted.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre** |  | Nombre: |  |  | Apellidos: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Completo** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Dirección** |  | Calle: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Profesional** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | País: |  | Ciudad: |  | Código postal: |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **N.I.F.** |  |  |  | **Correo** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **electrónico** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cumplimente esta información en letra MAYÚSCULA |  |  |  |  |  |

Su información personal a que se refiere el presente documento será incluida, con la finalidad arriba mencionada, en dos ficheros, uno de ellos, responsabilidad de AEP, con domicilio en C/ Aguirre, nº 1 Bajo Derecha, 28009 Madrid, y, el otro, responsabilidad de GlaxoSmithKline, S.A. con domicilio en C/. Severo Ochoa, 2, 28760 Tres Cantos (Madrid). Usted tiene derecho al acceso, rectificación y cancelación de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en los términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede ejercitarlos dirigiéndose por escrito a la dirección de los responsables o a través del correo electrónico virginia.perez@aeped.es para el caso de AEP, y al correo electrónico ARCO-general@gsk.com para el caso de GSK.

Su información personal podrá comunicarse, con idéntica finalidad y para su mantenimiento o procesamiento, a otras compañías del grupo GSK y/o terceras partes que AEP o GSK seleccionen en cualquier parte del mundo, incluyendo países cuyas leyes de privacidad y protección de datos puedan no ser equivalentes, ni tan protectoras, como las existentes en España. Sin embargo, de acuerdo con la ley aplicable, AEP y GSK implementarán medidas para garantizar que cualquier información personal transferida permanezca protegida y segura.

Mediante la firma del presente documento acepto el tratamiento de mi información personal en los términos arriba indicados.

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

Nombre Fecha

