

PLANTILLA DE RECOGIDA DE INFORMACION 2023

Nombre Completo	Profesionales Sanitarios (PS): ciudad de ejercicio profesional	País de ejercicio profesional	Dirección Profesional	DNI / CIF XXX1234XX	Donaciones (Art. 18.3.1.a)	Actividades formativas y reuniones científico-profesionales (Art. 18.3.1.b & 18.3.2.a)			Prestación de servicios (Art. 18.3.1.c & 18.3.2.b)		TOTAL
	Organizaciones Sanitarias (OS): ciudad de domicilio social					Colaboraciones/ patrocinios con OS / terceros asignados por OS para la gestión de Eventos	Cuotas de inscripción	Desplazamiento y Alojamiento	Honorarios	Gastos relacionados acordados contractualmente para la prestación de estos servicios, incluyendo traslados y alojamiento	
(Obligatorio) (Art. 18.1)	(Obligatorio) (Art. 18.3)	(Opcional) (Art. 18.3)	(Opcional) (Art. 18.3)	(Obligatorio) (Art. 18.3)							

[illegible]