Transparency Disclosure Allergopharma Vertriebsgesellschaft mbH (01.04.2020 - 31.12.2020)

	Name	Praxis- oder Geschäftsadresse			sofern vorhanden: Arztnummer, Firmenbuch-Nr., Vereinsregister-Nr.	Finanzielle oder materielle Spenden sowie Förderungen	Geldwerte Leistungen im Zusammenhang mit Veranstaltungen (vgl. Artikel 9.4a 1) (i), (ii) VHC bzw. Artikel 9.4b 2) (i), (ii), (iii) VHC)			Dienstleistungs- und Beratungshonorare (vgl. Artikel 9.4a 2) VHC bzw. Artikel 9.4b 3) VHC)	
	(vgl. Artikel 9.4 VHC)	(vgl. Artikel 9.4 VHC)	(vgl. Artikel 9.4 VHC)	(vgl. Artikel 9.4 VHC)	(vgl. Artikel 9.4 VHC)	(vgl. Artikel 9.4b 1) VHC)	Unterstützung von Organisationen oder von diesen mit der Durchführung der Veranstaltung beauftragte Dritte	Tagungs- und Teilnahme-gebühren	Reise- und Über-nachtungskosten	Honorare	Auslagen
	INDIVIDUALISIERTE OFFENLEGUNG FÜR ANGEHÖRIGE DER FACHKREISE [eine Zeile pro AFK mit Zusammenrechnung aller geldwerten Leistungen für den Berichtszeitraum]										
AFKs	Name, Vorname	Ort (ohne PLZ)	Land	Anschrift							
	N/A	N/A	Österreich	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	AGGREGIERTE OFFENLEGUNG FÜR ANGEHÖRIGE DER FACHKREISE										
	Gesamtbetrag					N/A	N/A	N/A	N/A	€ 4.625,00	N/A
	Gesamtzahl der Empfänger geldwerter Leistungen pro Unterart									2	
	Prozentualer Anteil im Verhältnis zu allen AFK-Empfängern geldwerter Leistungen pro Unterart									100%	
	INDIVIDUALISIERTE OFFENLEGUNG FÜR INSTITUTIONEN [eine Zeile pro IFK mit Zusammenrechnung aller geldwerten Leistungen für den Berichtszeitraum]										
IFKs	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	AGGREGIERTE OFFENLEGUNG FÜR INSTITUTIONEN										
	Gesamtbetrag					N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Gesamtzahl der Empfänger geldwerter Leistungen pro Unterart										
	Prozentualer Anteil im Verhältnis zu allen AFK-Empfängern geldwerter Leistungen pro Unterart										
	AGGREGIERTE OFFENLEGUNG FÜR FORSCHUNG & ENTWICKLUNG										
F&E	Leistungen im Zusammenhang mit Forschung & Entwicklung vgl. Artikel 9.3a VHC - N/A					N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	OFFENLEGUNG FÜR PATIENTENORGANISATIONEN										
Patienten-Organisationen	**Name**	**Stadt**	**Land**	**Adresse**	**Datum**	**Finanzielle oder materielle Spenden sowie Förderungen**	**Sponsorings**	**Zweck des Sponsorings**	**Finanzielle Unterstützung für besondere Zwecke**		
	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		