**Undangan – HCP Pegawai (Peserta)**

**(hapus kotak ini pada saat print)**

**KOP SURAT PERUSAHAAN**

**(hapus kotak ini pada saat print)**

Jakarta, \*\*tanggal\*\*

No. : \*\*nomor surat\*\*

Lampiran : Publikasi Acara, Konfirmasi Institusi

Perihal : **Undangan Partisipasi Kegiatan Dengan Sistem Sponsorship**

Kepada Yth.

**\*\*Dept\_Unit\_Bidang\*\***

**\*\*Institusi\*\***

**di \*\*Kota\_Indonesia\***

U.P : \*\*nama lengkap Dir Kepala Unit\*\*

Dengan hormat,

Kami **PT Fresenius Kabi Indonesia / PT Ethica Industri Farmasi (“Perusahaan”)** mengucapkan terima kasih banyak atas kerjasama kita yang terjalin baik selama ini. Sebagai bagian dari komitmen Perusahaan untuk mendukung peningkatan pengetahuan dan keterampilan serta pengembangan profesi di bidang kesehatan di Indonesia, dengan ini kami mengundang perwakilan dari Institusi untuk berpartisipasi sebagai **PESERTA** dalam kegiatan di bawah ini (selanjutnya disebut “**Kegiatan**”).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acara | : | **\*\*nama event\*\*** |
| Tanggal | : | \*\*tanggal mulai\*\* sampai \*\*tanggal selesai\*\* |
| Tempat | : | \*\*tempat\*\* |
| Kota/Negara | : | \*\*kota/negara\*\* |

Dukungan sponsor (“**Sponsorship**”) yang Perusahaan berikan terkait Kegiatan, meliputi :

1. **Registrasi Kegiatan**
2. **Akomodasi**
3. **Tiket Perjalanan** \*)*termasuk visa dan asuransi jika diperlukan*

Perusahaan akan menanggung biaya registrasi Kegiatan sesuai ketentuan penyelenggara Kegiatan; dan/atau biaya penginapan bagi PESERTA selama satu hari sebelum (H-1) hingga satu hari setelah (H+1) Kegiatan; dan/atau biaya tiket perjalanan ke dan dari tempat Kegiatan (termasuk visa dan asuransi jika diperlukan). Perusahaan tidak menanggung biaya apapun yang timbul dari pihak lain selain PESERTA yang turut mendampingi PESERTA ke dan dari tempat Kegiatan. Perusahaan tidak akan menanggung biaya yang timbul akibat perubahan jadwal kedatangan dan/atau jadwal keberangkatan PESERTA termasuk tidak akan menanggung biaya atas perpanjangan waktu tinggal (*over stay*) PESERTA yang tidak memperoleh persetujuan tertulis Perusahaan terlebih dahulu.

Sponsorship ini diberikan dengan tidak bertentangan ketentuan *standart operational procedure,* anggaran dasar, peraturan perundang-undangan, putusan dan perintah pemerintah, perizinan atau persetujuan serta perjanjian yang berlaku dan mengikat tenaga medis/kesehatan, Institusi maupun Perusahaan.

Besaran nilai Sponsorship ini kami berikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku atau unit cost yang berlaku pada asosiasi/Perusahaan .

Perusahaan dengan ini menyatakan bahwa Sponsorship ini diberikan tidak untuk mempengaruhi independensi dalam penulisan resep maupun anjuran penggunaan barang/produk dan tidak berhubungan dengan kegiatan komersial Perusahaan yang telah ada pada saat ini maupun untuk waktu yang akan datang baik dengan tenaga medis/kesehatan maupun Institusi.

Dengan menandatangani Konfirmasi Peserta, maka tenaga medis/kesehatan (PESERTA) memahami dan bersedia memberikan persetujuan kepada Perusahaan untuk mengungkapkan data pribadi tenaga medis/kesehatan (PESERTA) kepada pihak ketiga dan melepaskan Perusahaan dari segala tanggung jawab/klaim/tuntutan yang timbul akibat penyalahgunaan data yang dilakukan pihak ketiga maupun pihak lain manapun diluar Perusahaan.

Bersama dengan Surat Undangan ini kami lampirkan **Konfirmasi Institusi**, mohon mengisi dan menandatanganinya. Besar harapan , agar **Konfirmasi Institusi** dapat kami terima sebelum tanggal **\*\*deadline retur konfirmasi\*\*,** sehingga kami dapat melakukan pengaturan dan persiapan dengan baik.

Jika membutuhkan informasi lebih lanjut, dapat menghubungi *contact person* kami : \*\*nama lengkap DM/PM/atasan \*\* di nomor telepon \*\*nomor HP\*\*.

Demikianlah Surat Undangan ini kami buat, atas perhatian dan partisipasinya kami sampaikan terima kasih.

Hormat kami,

**PT Fresenius Kabi Indonesia / PT Ethica Industri Farmasi**

|  |
| --- |
| *ttd & stempel* |
| **\*\*nama lengkap\*\***  \*\*jabatan\*\* |

**PRINT DI KERTAS PUTIH POLOS (BUKAN KERTAS KOP)**

**(hapus kotak ini pada saat print)**

**KONFIRMASI INSTITUSI**

Sehubungan dengan surat **PT Fresenius Kabi Indonesia / PT Ethica Industri Farmasi** No. \*\*nomor surat undangan\*\* tanggal \*\*tanggal surat undangan\*\* perihal Undangan Partisipasi Kegiatan Dengan Sistem Sponsorship terkait \*\*nama event\*\* di \*\*kota\_negara\* tanggal \*tanggal pelaksanaan\*\* (selanjutnya disebut “**Kegiatan**”) , **dengan ini kami bersedia mengirimkan tenaga medis/kesehatan yang namanya disebutkan di bawah ini untuk berpartisipasi sebagai PESERTA dalam Kegiatan** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Tenaga Medis/Kesehatan**  **(PESERTA)** | **Spesialisasi** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Demikianlah Konfirmasi Institusi ini kami buat dengan sebenar-benarnya, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Unit | : | \*\*dept\_unit\_bidang\*\* |
| Nama Institusi | : | \*\*nama institusi\*\* |
| Tempat | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tanggal | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *ttd & stempel* | | |
| Nama Lengkap | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Jabatan | : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**KOP SURAT PERUSAHAAN**

**(hapus kotak ini pada saat print)**

Jakarta, \*\*tanggal\*\*

**CL – HCP Pegawai (Peserta)**

**(hapus kotak ini pada saat print)**

No. : \*\*nomor surat\*\*

Perihal : **Konfirmasi Peserta**

Kepada Yth.

**\*\*nama lengkap HCP\*\***

\*\*Dept\_Unit\_Bidang\*\*

\*\*Institusi\*\*

di \*\*kota\*\*

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat **PT Fresenius Kabi Indonesia / PT Ethica Industri Farmasi (“Perusahaan”),** No. \*\*nomor surat undangan\*\* tanggal \*\*tanggal surat undangan\*\* perihal Undangan Partisipasi Kegiatan Dengan Sistem Sponsorship yang telah mendapatkan Konfirmasi Institusi tanggal \*\*tanggal Konfirmasi institusi\*\* dari \*\*Dept\_Unit\_Bidang\*\* di \*\*Institusi\*\* dan sebagai bagian dari komitmen Perusahaan untuk mendukung peningkatan pengetahuan dan keterampilan serta pengembangan profesi di bidang kesehatan di Indonesia, dengan ini kami memberikan dukungan kepada Bpk/Ibu selaku tenaga medis/kesehatan untuk berpartisipasi sebagai **PESERTA** dalam kegiatan di bawah ini (selanjutnya disebut “**Kegiatan**”) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Acara | : | **\*\*nama event\*\*** |
| Tanggal |  | \*\*tanggal mulai\*\* sampai \*\*tanggal selesai\*\* |
| Tempat | : | \*\*tempat\*\* |
| Kota/Negara | : | \*\*kota/negara\*\* |

Dukungan sponsor (“**Sponsorship**”) yang Perusahaan berikan terkait Kegiatan, meliputi :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Registrasi | : | Simposium dan / atau Workshop |
| Akomodasi | : | Check in \_\_\_\_ Check out \_\_\_\_\_ |
| Tiket Perjalanan | : | Berangkat Tgl \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pulang Tgl \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | *\*)termasuk visa dan asuransi jika diperlukan* |

Perusahaan akan menanggung biaya registrasi Kegiatan sesuai ketentuan penyelenggara Kegiatan; dan/atau biaya penginapan bagi PESERTA selama satu hari sebelum (H-1) hingga satu hari setelah (H+1) Kegiatan; dan/atau biaya tiket perjalanan ke dan dari tempat Kegiatan (termasuk visa dan asuransi jika diperlukan). Perusahaan tidak menanggung biaya apapun yang timbul dari pihak lain selain PESERTA yang turut mendampingi PESERTA ke dan dari tempat Kegiatan. Perusahaan tidak akan menanggung biaya yang timbul akibat perubahan jadwal kedatangan dan/atau jadwal keberangkatan PESERTA termasuk tidak akan menanggung biaya atas perpanjangan waktu tinggal (*over stay*) PESERTA yang tidak memperoleh persetujuan tertulis Perusahaan terlebih dahulu.

Sponsorship ini diberikan dengan tidak bertentangan ketentuan *standart operational procedure,* anggaran dasar, peraturan perundang-undangan, putusan dan perintah pemerintah, perizinan atau persetujuan serta perjanjian yang berlaku dan mengikat tenaga medis/kesehatan, Institusi maupun Perusahaan.

Besaran nilai Sponsorship ini kami berikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku atau unit cost yang berlaku pada asosiasi/Perusahaan .

Perusahaan dengan ini menyatakan bahwa Sponsorship ini diberikan tidak untuk mempengaruhi independensi dalam penulisan resep maupun anjuran penggunaan barang/produk dan tidak berhubungan dengan kegiatan komersial Perusahaan yang telah ada pada saat ini maupun untuk waktu yang akan datang baik dengan tenaga medis/kesehatan maupun Institusi.

Dengan menandatangani Konfirmasi Peserta, maka tenaga medis/kesehatan (PESERTA) memahami dan bersedia memberikan persetujuan kepada Perusahaan untuk mengungkapkan data pribadi tenaga medis/kesehatan (PESERTA) kepada pihak ketiga dan melepaskan Perusahaan dari segala tanggung jawab/klaim/tuntutan yang timbul akibat penyalahgunaan data yang dilakukan pihak ketiga maupun pihak lain manapun diluar Perusahaan.

Sebagai persetujuan dan konfirmasi atas Sponsorship, mohon menandatangani Konfirmasi Peserta pada bagian bawah surat ini.

Demikianlah surat ini kami buat, atas perhatian dan konfirmasinya kami sampaikan terima kasih.

Hormat Kami,

|  |  |
| --- | --- |
| **PT Fresenius Kabi Indonesia / PT Ethica Industri Farmasi** | |
| *ttd & stempel* | *ttd* |
| **\*\*nama lengkap\*\***  \*\*jabatan\*\* | **\*\*nama lengkap\*\***  \*\*jabatan\*\* |

**KONFIRMASI PESERTA**

Saya yang bertandatangan di bawah ini, dengan ini memberikan konfirmasi dan persetujuan atas Sponsorship yang diberikan **PT Fresenius Kabi Indonesia / PT Ethica Industri Farmasi** kepada Saya sebagai **PESERTA** Kegiatan sebagaimana disebutkan di atas. Saya telah memahami dan bersedia tunduk pada syarat dan ketentuan yang berlaku terkait Sponsorship.

|  |  |
| --- | --- |
| *Ttd* | |
| Nama Lengkap | : |
| Tanggal | : |