|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| <<Account\_Title\_Desc\_Glbl>> <<Account\_Name>>  <<Address\_GLBL\_Line\_1\_Adrs\_Txt\_GLBL>>  <<Address\_GLBL\_Zip\_Postal\_Code\_GLBL>> <<Address\_GLBL\_City\_GLBL>> |  |  |
|  |  | <<Today\_\_s>> |

<<Form\_Salutations>>,

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

**<<Meeting\_MERC\_Name>>**

<<Meeting\_MERC\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>>

<< Meeting\_MERC\_City\_of\_Meeting\_MERC>>

Lilly s'est engagée à adopter une conduite éthique lors de ses activités commerciales et à agir avec intégrité dans le respect des lois et règlements en vigueur.

Dans le cadre cette obligation, Lilly tient les établissements de santé informés lorsque nous soutenons ou travaillons financièrement avec leurs collaborateurs.

Dans un souci de transparence, nous considérons que cette démarche est nécessaire afin d'éviter de donner l'impression que vos décisions thérapeutiques puissent être indûment influencées par Lilly ou par notre collaboration. En œuvrant pour cette transparence et en nous engageant en faveur d’une démarche éthique et responsable, nous souhaitons conserver et renforcer la confiance des patients et de l'opinion publique vis-à-vis de notre secteur d'activité et du système de santé.

Le délai de transmission étant très court, nous vous demandons de bien vouloir faire signer le formulaire en annexe par un représentant habilité de votre institution et de nous le retourner dans les meilleurs délais avant l’évènement.

Nous vous en remercions et vous présentons, cher/chère Docteur, nos salutations les meilleures.

Lilly Customer Meeting Service Team

|  |
| --- |
| À compléter par un représentant habilité de l'établissement de santé (personne de contact). |
| |  | | --- | |  |   **Error! Missing test condition.**   |  | | --- | |  |   **Error! Missing test condition.**   |  | | --- | |  |   **Error! Missing test condition.**   |  | | --- | |  |   **Error! Missing test condition.**   |  | | --- | |  |   **Error! Missing test condition.**   |  | | --- | |  |   **Error! Missing test condition.**   |  | | --- | |  |   **Error! Missing test condition.**   |  | | --- | | Lilly conserve vos informations personnelles afin de pouvoir vous contacter ultérieurement en tant que représentant habilité de votre institution. Merci de nous informer si vous souhaitez que nous ne conservions pas vos coordonnées à cette fin. Nous supprimerons alors vos informations personnelles de nos bases de données. |   Signature :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom et titre en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fonction en caractères d'imprimerie :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nom de l'établissement de santé  en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |