|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **<<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_Name>>** <<Address\_GLBL\_Line\_1\_Adrs\_Txt\_GLBL>>  <<Address\_GLBL\_Line\_2\_Adrs\_Txt\_GLBL>>  <<Address\_GLBL\_Zip\_Postal\_Code\_GLBL>> <<Address\_GLBL\_City\_GLBL>> |  |  |
|  |  | <<Today\_\_s>> |

Chère / Cher Docteur / Professeur, <<Account\_Title\_Desc\_Glbl>> <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_LastName>>,

Nous vous remercions de votre intérêt pour notre société et de votre collaboration.

Afin de pouvoir préparer votre contrat de « prestations de services », nous avons besoin d’un certain nombre d’informations. Avec votre accord, nous saisirons ces informations une seule fois et les enregistrerons dans notre base de données. Ceci facilitera notre collaboration future.

Vous trouverez en annexe les formulaires suivants :

* Informations contractuelles et relatives au paiement;
* Le résumé de vos qualifications professionnelles;
* Accord de consentement relatif au code de coopération pharmaceutique;
* La notification d’établissements de santé.

Merci de bien vouloir nous retourner ces formulaires dûment complétés dans les meilleurs délais :

E-mail : **lilly\_schweiz\_cms@lilly.com**

Fax : **+41 22 3060472**

Adresse postale :

**Eli Lilly (Suisse) SA**

**Lilly Customer Meeting Service Team**

**Chemin des Coquelicots 16**

**CH-1214 Vernier /Genève**

Tél : **+41 22 761 45 11**

Nous restons à votre entière disposition pour toute information complémentaire et vous présentons nos salutations les meilleures.

Lilly Customer Meeting Service Team

Informations contractuelles et relatives au paiement

Veuillez s’il vous plaît compléter le formulaire suivant afin que nous puissions établir le contrat et organiser les événements à venir. Pour optimiser notre collaboration, nous souhaiterions enregistrer vos données dans votre profil individuel, nous permettant ainsi de les réutiliser ultérieurement sans vous solliciter une nouvelle fois pour les mêmes informations. Pour toute question relative à vos données personnelles, veuillez vous adresser à <<User\_Name>>.

Données de contact

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Nom et prénom | | |
|  | | |
| Adresse (rue, NPA / Ville) | | |
|  |  |  |
| Téléphone |  | Natel |
|  | | |
| Adresse e-mail à des fins de communication et de confirmation de paiement | | |
|  | | |
| Fax | | |

Veuillez s’il vous plaît nous indiquer la manière dont vous souhaitez être contacté(e) par Lilly au sujet de l’élaboration du contrat et de l’organisation d’événements.

E-mail

Téléphone

Natel

Fax

Par courrier

Contrat de prestations de services

Pour que Lilly puisse préparer le contrat de prestations de services, veuillez s’il vous plaît indiquer tous les partenaires susceptibles de signer le contrat (ci-après dénommés « Cocontractants ») ainsi que leur adresse respective, au cas où celle-ci serait différente de celle mentionnée précédemment.

Contractant(s)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Moi-même (adresse indiquée précédemment) |
|  | Mon employeur (par exemple, hôpital ou établissement de santé) : |
|  |  |
|  |  |
|  | (Veuillez indiquer le nom et l’adresse de la personne morale) |

Bénéficiaire du paiement

Veuillez indiquer ici quel co-contractant recevra les paiements :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Moi-même  Veuillez vous indiquer comme bénéficiaire des paiements, uniquement si vous exercez une activité en qualité d’indépendant ou si la réception de paiements sur un compte privé est autorisée, conformément à la politique interne de votre employeur. |
|  | Mon employeur (hôpital, clinique, autres) |

Numéro de TVA du bénéficiaire des paiements (si assujetti à la TVA)

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro de TVA : |  |

Informations bancaires concernant le bénéficiaire des paiements

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom et adresse du titulaire du compte :  Numéro IBAN : | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nom de l’établissement bancaire : |  | | |
|  | |  |  |
| Signature | |  | Ville, date |

## Déclaration de protection des données personnelles :

En nous retournant le présent formulaire, vous consentez à ce que vos données soient traitées conformément à la **déclaration de protection des données personnelles** suivante: Eli Lilly (Suisse) SA conserve vos données personnelles et les communique, dans certaines circonstances, aux collaborateurs de Lilly devant y avoir accès dans le cadre de leur travail et pour atteindre les objectifs présentés dans ce document. Des tiers sont susceptibles de conserver et d’actualiser ces données soit aux Etats-Unis, soit dans d’autres pays, dans lesquels les lois sur la protection des données personnelles peuvent différer de celles établies dans votre pays. Lilly exige de ces partenaires qu’ils conservent vos données en toute sécurité et leur interdit d’utiliser celles-ci à d’autres fins que celles visées dans le présent document. Dans le cas où des problèmes juridiques seraient identifiés, les données vous concernant pourraient être transmises à des conseillers juridiques externes de Lilly ainsi qu’aux autorités judiciaires et réglementaires compétentes en Suisse ou à l’étranger. Pour consulter, modifier ou supprimer vos données personnelles conservées par Lilly, veuillez contacter la société Eli Lilly (Suisse) SA à l’adresse Eli Lilly (Suisse) S.A., Data Privacy Steward, Ch. des Coquelicots 16, 1214 Vernier/Genève ou par e-mail à: lilly\_ch@lilly.com.

Résumé de vos qualifications professionnelles

Ces informations nous seront utiles pour rémunérer vos prestations de services en fonction de votre expertise et de votre expérience professionnelle. A ce titre, nous vous informons que les rémunérations versées par Lilly aux professionnels de santé sont fixées selon les normes locales en vigueur (*Fair Market Value*).

En cas de réponse positive aux questions posées ci-après, un curriculum vitae peut vous être demandé.

Diplômes universitaires

Error! Missing test condition.

Expérience dans le domaine de la pratique de la médecine et de la recherche

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Recherche et publications

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Enseignement et conseil

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Poste de cadre au sein d’une clinique ou d’une société

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature |  | Date |

## Déclaration de protection des données personnelles :

En nous retournant le présent formulaire, vous consentez à ce que Lilly utilise le curriculum vitae mis à sa disposition ainsi que les données concernant vos qualifications professionnelles pour que vous soyez rémunéré(e) selon votre niveau de compétences. Vous consentez en outre à ce que vos données soient traitées conformément à la **déclaration de protection des données personnelles** suivante: Eli Lilly (Suisse) SA conserve vos données personnelles et les communique, dans certaines circonstances, aux collaborateurs de Lilly devant y avoir accès dans le cadre de leur travail et pour atteindre les objectifs présentés dans ce document. Des tiers sont susceptibles de conserver et d’actualiser ces données soit aux Etats-Unis, soit dans d’autres pays, dans lesquels les lois sur la protection des données personnelles peuvent différer de celles établies dans votre pays. Lilly exige de ces partenaires qu’ils conservent vos données en toute sécurité et leur interdit d’utiliser celles-ci à d’autres fins que celles visées dans le présent document. Dans le cas où des problèmes juridiques seraient identifiés, les données vous concernant pourraient être transmises à des conseillers juridiques externes de Lilly ainsi qu’aux autorités judiciaires et réglementaires compétentes en Suisse ou à l’étranger. Pour consulter, modifier ou supprimer vos données personnelles conservées par Lilly, veuillez contacter la société Eli Lilly (Suisse) SA à l’adresse Eli Lilly (Suisse) S.A., Data Privacy Steward, Ch. des Coquelicots 16, 1214 Vernier/Genève ou par e-mail à: lilly\_ch@lilly.com.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

Notification des établissements de santé

|  |
| --- |
| Lilly informe les établissements de santé de la collaboration avec des professionnels de santé travaillant pour le compte de ces établissements de santé.  Dans un souci de transparence, nous considérons cette démarche nécessaire afin d’éviter de donner l’impression que vos décisions thérapeutiques peuvent être influencées de manière inadmissible par Lilly ou la collaboration avec notre laboratoire. En œuvrant pour cette transparence et en nous engageant dans une démarche responsable et éthique, 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.  A ces fins, nous vous prions de nous indiquer un ou des représentant(s) habilité(s) de votre établissement de santé (par exemple, chef de service, directeur administratif, DRH ou directeur médical) en précisant le nom, la fonction, l’adresse professionnelle et l’adresse e-mail de cette ou de ces personne(s). Pour ce faire, veuillez svp remplir le formulaire ci-dessous (voir partie 1). Dès réception de ces informations, Lilly informera la ou les personne(s) désignée(s) de votre collaboration en qualité d’orateur, de consultant, etc. Nous ne communiquerons pas d’informations concernant le montant des honoraires perçus, la date ou le titre de la manifestation. Si vous exercez exclusivement une activité indépendante, merci de compléter la partie 2 du présent formulaire. |
| **Partie 1 –** Si vous travaillez pour plus d’une institution/d’un employeur, merci de désigner une personne à contacter pour chacune des institutions ou pour chaque employeur. |
| Je sais que Lilly informera la ou les personne(s) ci-après désignée(s) de ma collaboration avec Lilly.  Signature : Ville, date :  Employeur / Institution :  Nom, titre et fonction de la personne de contact (en caractères d’imprimerie) :    Nom de l’institution / Employeur (en caractères d’imprimerie) :    Adresse professionnelle :  E-mail de la personne de contact :  Autres employeurs/institutions, le cas échéant :  Nom, titre et fonction de la personne de contact (en caractères d’imprimerie) :    Nom de l’institution / de l’employeur (en caractères d’imprimerie) :    Adresse professionnelle :  E-mail de la personne à contacter : |
| **Partie 2 –** *Ne compléter le présent formulaire que si vous exercez exclusivement une activité indépendante.* |
| J’atteste exercer exclusivement une activité indépendante.  Signature : Ville, date : Déclaration de protection des données personnelles : En nous retournant le présent formulaire, vous consentez à ce que Lilly informe les personnes que vous avez désignées sur les prestations de services à fournir et à ce que vos données soient traitées conformément à la **déclaration de protection des données personnelles** suivante: Eli Lilly (Suisse) SA conserve vos données personnelles et les communique, dans certaines circonstances, aux collaborateurs de Lilly devant y avoir accès dans le cadre de leur travail et pour atteindre les objectifs présentés dans ce document. Des tiers sont susceptibles de conserver et d’actualiser ces données soit aux Etats-Unis, soit dans d’autres pays, dans lesquels les lois sur la protection des données personnelles peuvent différer de celles établies dans votre pays. Lilly exige de ces partenaires qu’ils conservent vos données en toute sécurité et leur interdit d’utiliser celles-ci à d’autres fins que celles visées dans le présent document. Dans le cas où des problèmes juridiques seraient identifiés, les données vous concernant pourraient être transmises à des conseillers juridiques externes de Lilly ainsi qu’aux autorités judiciaires et réglementaires compétentes en Suisse ou à l’étranger. Pour consulter, modifier ou supprimer vos données personnelles conservées par Lilly, veuillez contacter la société Eli Lilly (Suisse) SA à l’adresse Eli Lilly (Suisse) S.A., Data Privacy Steward, Ch. des Coquelicots 16, 1214 Vernier/Genève ou par e-mail à: lilly\_ch@lilly.com. |