|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| <<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\_salutation>> <<Account\_LastName>>,

herzlichen Dank für Ihre Anmeldung zu unserer Veranstaltung:

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

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

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

Lilly hat es sich zur Verpflichtung gemacht, sich bei seinen Geschäftstätigkeiten ethisch zu verhalten, mit Integrität zu handeln und sämtliche geltenden Regeln und Gesetze zu befolgen. Im Rahmen dieser Verpflichtung benachrichtigt Lilly Gesundheitseinrichtungen, wenn wir für sie tätige medizinische Fachpersonen finanziell unterstützen oder mit ihnen zusammenarbeiten.

Dieses Vorgehen halten wir aus Gründen der Transparenz für erforderlich, um jeglichen Eindruck zu vermeiden, Ihre therapeutischen Entscheidungen könnten durch die Zusammenarbeit mit oder von Lilly in unzulässiger Art und Weise beeinflusst werden. Unser Ziel ist es, durch die Schaffung einer solchen Transparenz sowie durch unsere generelle Verpflichtung zu verantwortungsvollem und ethischem Handeln, das Vertrauen der Patienten sowie der Öffentlichkeit in unsere Branche und das Gesundheitswesen insgesamt zu stärken bzw. zu erhalten.

Da der Zeitrahmen für diese Benachrichtigung nicht mehr ausreicht, ersuchen wir Sie, die Unterschrift eines bevollmächtigten Vertreters Ihrer Organisation einzuholen und das beiliegende Formular ehestmöglich an uns zurückzusenden.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Lilly Customer Meeting Service Team

|  |
| --- |
| Von einer für die Gesundheitseinrichtung vertretungsbefugten Kontaktperson auszufüllen. |
| **Ich wurde benachrichtigt, dass <<Account\_Title\_Desc\_GLBL>> <<Account\_MERC\_Name>> von Lilly für die Teilnahme an der Veranstaltung „<<Meeting\_MERC\_Name>>“ unterstützt wird.**  Lilly bewahrt Ihre Kontaktinformationen für etwaige zukünftige Benachrichtigungen an Sie als den bevollmächtigten Vertreter in Ihrer Institution auf. Bitte benachrichtigen Sie uns, wenn Sie die Aufbewahrung Ihrer Informationen zu diesem Zweck nicht wünschen. Wir werden die Informationen dann aus unserer Datenbank löschen.   |  |  | | --- | --- | | Unterschrift und Datum: |  | |  |  | | *Bitte in Druckschrift ausfüllen!* |  | | Name und Titel: |  | | Position: |  | | Name der Gesundheitseinrichtung: |  | |  |  | |