|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **<<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>> |

Sehr geehrte/r <<Account\_Title\_Desc\_Glbl>> <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_LastName>>,

wir freuen uns über Ihre Bereitschaft, zukünftig für Lilly als Sprecher oder Berater tätig zu sein.

In Vorbereitung Ihres Dienstleistungsvertrags mit Lilly möchten wir Sie bitten, uns einige Informationen zur Verfügung zu stellen. Mit Ihrer Erlaubnis werden wir Ihre Daten einmalig erfassen und in unseren Systemen speichern, so dass eine zukünftige Zusammenarbeit wesentlich leichter und schneller erfolgen kann.

Beiliegend finden Sie folgende Formulare:

* Vertrags- und Zahlungsinformationen
* Zusammenfassung Ihrer beruflichen Qualifikation
* Zustimmungserklärung zum Pharma-Kooperationskodex
* Benachrichtigung von Gesundheitseinrichtungen

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und bitten Sie, uns die ausgefüllten Formulare zum möglichst bald zurückzusenden:

Email: **lilly\_schweiz\_cms@lilly.com**

Fax: **+41 22 3060472**

Post:

**Lilly Customer Meeting Service Team**

**Eli Lilly (Suisse) SA**

**Chemin des Coquelicots 16**

**CH-1214 Vernier /Genf**

Tel: **+41 22 7614511**

Sollten Sie noch Fragen oder Bedenken haben, freuen wir uns, Ihnen weiterzuhelfen.

Mit freundlichen Grüssen,

Ihr Lilly Customer Meeting Service Team

Vertrags- und Zahlungsinformationen

Wir möchten Sie bitten, das folgende Formular für den Zweck der Vertragserstellung und der Veranstaltungslogistik auszufüllen. Um die zukünftige Zusammenarbeit mit Ihnen zu erleichtern, möchten wir Ihre Daten in einem individuellen Profil speichern und bei einer erneuten Zusammenarbeit wieder darauf zurückgreifen. Damit wird vermieden, dieselben Informationen wieder von Ihnen abfragen zu müssen. Bei Fragen zu Ihren Informationen wenden Sie sich bitte an +41 22 7614511.

Kontaktinformationen

(zum Zweck der Vertragserstellung und der Veranstaltungslogistik)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Name | | |
|  | | |
| Adresse (Straße, PLZ / Ort) | | |
|  |  |  |
| Telefon |  | Mobiltelefon |
|  | | |
| eMail-Adresse für Kommunikationszwecke und Zahlungsbestätigung | | |
|  | | |
| Fax | | |

Bitte teilen Sie uns Ihren bevorzugten Kommunikationskanal mit Lilly mit, wenn es um die Vertragserstellung und die Veranstaltungslogistik geht.

Email

Telefon

Mobiltelefon

Fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Post

Dienstleistungsvertrag

Damit Lilly den Dienstleistungsvertrag entsprechend vorbereiten kann, wählen Sie bitte alle Vertragspartner aus, die den Vertrag unterschreiben müssen und geben Sie die entsprechenden Adressen an.

Vertragspartner

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Ich selbst (Adresse wie oben angegeben oder  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
|  | | Mein Arbeitgeber (z.B. Spital oder medizinische Einrichtung): |
|  |  | |
|  |  | |
|  | (bitte Name und Adresse der juristischen Person angeben) | |

Zahlungsempfänger

Bitte geben Sie an, welcher Vertragspartner die Zahlungen erhalten soll.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ich selbst  Bitte geben Sie sich selber nur dann als Zahlungsempfänger an, falls Sie selbständig erwerbstätig sind bzw. der Erhalt von Zahlungen auf Ihr Privatkonto gemäss interner Richtlinien Ihres Arbeitgebers ausdrücklich erlaubt ist. |
|  | Mein Arbeitgeber (z.B. Spital oder medizinische Einrichtung) |

Steuernummer des Zahlungsempfängers (sofern mehrwertsteuerpflichtig)

|  |  |
| --- | --- |
| Mehrwertsteuernummer: |  |

Bankinformation des Zahlungsempfängers

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name des Kontoinhabers: |  | | |
|  | | |
| IBAN Nummer |  | | |
| Adresse des Kontoinhabers: |  | | |
|  | | |
|  | |  |  |  |
| Unterschrift | | |  | Datum |

## Datenschutzerklärung:

Mit Ihrer Rücksendung erklären Sie Ihre Zustimmung zur Verarbeitung Ihrer Daten gemäss folgender Datenschutzerklärung:Eli Lilly (Suisse) S.A. bewahrt Ihre Daten auf und gibt diese unter Umständen an Lilly-Mitarbeiter weiter, die im Rahmen ihrer Arbeit Zugriff auf die Daten nehmen müssen, um die in diesem Dokument aufgeführten Zwecke zu erfüllen. Es können Dritte mit der Aufbewahrung und Aktualisierung dieser Daten in den USA oder in anderen Ländern beauftragt werden, deren Datenschutzgesetze sich möglicherweise von denen in Ihrem Land unterscheiden. Lilly verlangt von diesen Drittparteien, Ihre Daten sicher aufzubewahren und nicht zu anderen als in diesem Dokument genannten Gründen zu verwenden. Sofern mögliche rechtliche oder Compliance-Probleme identifiziert werden, können die von Ihnen bereitgestellten Daten an Lillys externe Rechtsberater sowie inländische und ausländische Justiz- und Regulierungsbehörden weitergegeben werden. Wenn Sie Ihre von Lilly aufbewahrten personenbezogenen Daten einsehen, ändern oder löschen möchten, wenden Sie sich bitte an Eli Lilly (Suisse) S.A., Data Privacy Steward, Ch. des Coquelicots 16, 1214 Vernier/Genf oder lilly\_ch@lilly.com.

Zusammenfassung Ihrer beruflichen Qualifikation

Diese Informationen werden benötigt, um Ihre Dienstleistung entsprechend Ihrer Expertise und Ihrer Erfahrung zu vergüten. Lillys Zahlungen an medizinische Fachpersonen erfolgen gemäss lokalen Standards (Fair Market Value).

Bei bejahender Beantwortung der unten stehenden Fragen kann es sein, dass Sie nach einem Lebenslauf gefragt werden.

Akademische Qualifikation

Error! Missing test condition.

Medizinische /Forschungs-Erfahrung

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Forschung und Veröffentlichung

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Lehre und Beratung

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Führungsrolle in einer Klinik oder Gesellschaften

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Unterschrift |  | Datum |

## Datenschutzerklärung:

Mit Ihrer Rücksendung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass Lilly einen zur Verfügung gestellten Lebenslauf sowie Angaben zu Ihrer beruflichen Qualifikation für eine gerechte Bezahlung verwenden kann. Sie geben Ihre Zustimmung zur Verarbeitung Ihrer Daten gemäss folgender Datenschutzerklärung**:** Eli Lilly (Suisse) S.A. bewahrt Ihre Daten auf und gibt diese unter Umständen an Lilly-Mitarbeiter weiter, die im Rahmen ihrer Arbeit Zugriff auf die Daten nehmen müssen, um die in diesem Dokument aufgeführten Zwecke zu erfüllen. Es können Dritte mit der Aufbewahrung und Aktualisierung dieser Daten in den USA oder in anderen Ländern beauftragt werden, deren Datenschutzgesetze sich möglicherweise von denen in Ihrem Land unterscheiden. Lilly verlangt von diesen Drittparteien, Ihre Daten sicher aufzubewahren und nicht zu anderen als in diesem Dokument genannten Gründen zu verwenden. Sofern mögliche rechtliche oder Compliance-Probleme identifiziert werden, können die von Ihnen bereitgestellten Daten an Lillys externe Rechtsberater sowie inländische und ausländische Justiz- und Regulierungsbehörden weitergegeben werden. Wenn Sie Ihre von Lilly aufbewahrten personenbezogenen Daten einsehen, ändern oder löschen möchten, wenden Sie sich bitte an Eli Lilly (Suisse) S.A., Data Privacy Steward, Ch. des Coquelicots 16, 1214 Vernier/Genf oder lilly\_ch@lilly.com.

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

Benachrichtigung von Gesundheitseinrichtungen

|  |
| --- |
| Lilly benachrichtigt Gesundheitseinrichtungen, falls wir medizinische Fachpersonen, welche für die Gesundheitseinrichtung arbeiten, finanziell unterstützen oder mit diesen 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.  In dem Zusammenhang dieser Benachrichtigung möchten wir Sie bitten, uns eine vertretungsberechtigte Person Ihres Arbeitgebers/Ihrer Institution (z.B. Abteilungsleiter, Verwaltungsdirektor, Leiter der Personalabteilung, Ärztlicher Direktor) unter Angabe von Name, Position, Geschäftsadresse und E-Mail dieser Person(en) zu benennen. Gerne können Sie hierfür das im Teil 1 befindliche Formular verwenden. Nach Erhalt dieser Information wird Lilly diese Person/en informieren, dass Sie mit uns als Sprecher/Advisor etc. zusammenarbeiten. Wir werden hingegen keine Angaben zur etwaigen Honorarhöhe, Datum oder Titel der Veranstaltung übermitteln. Wenn Sie ausschliesslich selbständig tätig sind, füllen Sie bitte Teil 2 dieses Formulars aus. |
| **Teil 1 –** *Wenn Sie für mehr als eine Institution/Arbeitgeber tätig sind, geben Sie bitte eine Kontaktperson für jede Institution/Arbeitgeber an.* |
| Es ist mir bekannt, dass Lilly die nachstehend aufgeführte(n) Person(en) über meine geplante Zusammenarbeit mit Lilly benachrichtigen wird.  Unterschrift: Datum:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Arbeitgeber/Institution: | | |  | | Bitte Druckbuchstaben verwenden | | |  | |  | | |  | | Name und Funktion der Kontaktperson: | |  | | |  | |  | | | Name der Institution/ Arbeitgeber: | |  | | |  | |  | | | Geschäftsanschrift: | |  | | |  | |  | | | E-Mail der Kontaktperson: | |  | | | Weiterer Arbeitgeber/Institution, sofern zutreffend: | | |  | |  | | |  | | Name und Funktion der Kontaktperson: |  | | | |  |  | | | | Name der Institution/ Arbeitgeber: |  | | | |  |  | | | | Geschäftsanschrift: |  | | | |  |  | | | | E-Mail der Kontaktperson: |  | | | |
| **Teil 2 –** *Bitte ausfüllen, wenn Sie ausschliesslich selbständig tätig sind.* |
| Ich bestätige, dass ich ausschliesslich selbständig tätig bin.  Unterschrift: Datum: Datenschutzerklärung: Mit Ihrer Rücksendung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass Lilly die durch Sie genannten Personen über die zu erbringenden Dienstleistungen benachrichtigt und geben Sie Ihre Zustimmung zur Verarbeitung Ihrer Daten gemäss folgender Datenschutzerklärung**:** Eli Lilly (Suisse) S.A. bewahrt Ihre Daten auf und gibt diese unter Umständen an Lilly-Mitarbeiter weiter, die im Rahmen ihrer Arbeit Zugriff auf die Daten nehmen müssen, um die in diesem Dokument aufgeführten Zwecke zu erfüllen. Es können Dritte mit der Aufbewahrung und Aktualisierung dieser Daten in den USA oder in anderen Ländern beauftragt werden, deren Datenschutzgesetze sich möglicherweise von denen in Ihrem Land unterscheiden. Lilly verlangt von diesen Drittparteien, Ihre Daten sicher aufzubewahren und nicht zu anderen als in diesem Dokument genannten Gründen zu verwenden. Sofern mögliche rechtliche oder Compliance-Probleme identifiziert werden, können die von Ihnen bereitgestellten Daten an Lillys externe Rechtsberater sowie inländische und ausländische Justiz- und Regulierungsbehörden weitergegeben werden. Wenn Sie Ihre von Lilly aufbewahrten personenbezogenen Daten einsehen, ändern oder löschen möchten, wenden Sie sich bitte an Eli Lilly (Suisse) S.A., Data Privacy Steward, Ch. des Coquelicots 16, 1214 Vernier/Genf oder lilly\_ch@lilly.com. |