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

**Souhlas s oznámením sponzorské podpory**

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore,

společnost ELI LILLY ČR, s.r.o. je s potěšením připravena sponzorovat Vaši účast na odborném setkání <<Meeting\_MERC\_Name>> které se bude konat <<Meeting\_MERC\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>>, <<Meeting\_MERC\_City\_of\_Meeting\_MERC>>. Zájmem společnosti Lilly je podporovat kvalitní odborné vzdělávání v oblasti vědy a zdravotní péče, prezentování výsledků klinického výzkumu a informování o vhodném používání léků a zdravotnických prostředků. Jsme přesvědčeni, že i podporou těchto aktivit se naše společnost může podílet na zlepšování péče o pacienty.

Společnost Lilly věnuje veškeré úsilí tomu, aby její konání a aktivity byly etické, čestné, transparentní a v souladu se všemi platnými zákony. V rámci těchto zásad bylo naší společností přijato rozhodnutí informovat zdravotnická zařízení či instituce\* v případě, že Lilly sponzoruje jejich zaměstnance.

Jsme přesvědčeni, že maximální možná transparentnost v oblasti spolupráce se zdravotnickými odborníky pomáhá chránit naše vzájemné pracovní vztahy a přispívá k tomu, aby zdravotničtí odborníci byli veřejností vnímáni jako nezávislé osoby, které se při svém profesním rozhodování v oblasti péče o pacienty nenechávají ovlivňovat ze strany společnosti Lilly. Dalším důvodem k přijetí tohoto opatření je i předpoklad budoucí přísnější regulační a veřejné kontroly v této oblasti.

Abychom tedy mohli Vaši účast na výše uvedeném odborném setkání sponzorovat, prosíme Vás o sdělení informací o pověřené osobě v každém zdravotnickém zařízení či instituci\*, v němž máte pracovní poměr. Pověřenou osobou se rozumí osoba, která má oprávnění zastupovat zdravotnické zařízení či instituci\* nebo přijímat rozhodnutí týkající se Vaší účasti na výše uvedeném odborném setkání, například primář, vedoucí zařízení, ředitel personálního oddělení, vedoucí lékař oddělení. Požadované informace prosím uveďte v části 1 formuláře. Tato pověřená osoba bude před datem konání odborného setkání informována o sponzorské podpoře Vaší účasti na tomto setkání společností Lilly. Pověřená osoba nemusí na podanou informaci nijak reagovat, může však kontaktovat společnost Lilly v případě jakýchkoliv dotazů.

Pokud jste výlučně osobou samostatně výdělečně činnou či partnerem ve vlastní společnosti, vyplňte prosím ve formuláři část 2.

Informace poskytnuté níže budeme uchovávat ve Vašem individuálním profilu a použijeme je i v případě naší další spolupráce.

Vyplněný formulář prosím vraťte kontaktní osobě ve spoločnosti Lilly nejpozději do <<FORM\_Date\_Due>>.

V rámci sponzorování Vaší účasti na odborném setkání nebude společnost Lilly platit za zábavu ani dary nad rámec toho, co pořadatel setkání již naplánoval pro všechny účastníky. Lilly uhradí Vaše cestovní náklady, náklady na ubytování v hotelu a registrační poplatky.

**Oznámení o ochraně osobních údajů**

Pro účely této smlouvy je nezbytné, abyste společnosti Lilly poskytli své osobní údaje, včetně svého jména, obchodní adresy, e-mailu a informací o místech, kde pracujete. Níže uvádíme stručný popis toho, jakým způsobem bude společnost Lilly Vaše osobní údaje zpracovávat:

* ELI LILLY ČR, s.r.o., se sídlem na adrese Pobřežní 12, 186 00 Praha 8, bude Vaše osobní údaje zpracovávat jako správce osobních údajů pro účely podpisu smlouvy mezi Vámi a společností Lilly a  pro účely zasílání oznámení zdravotnickému zařízení či instituci\* pro které pracujete, sledování těchto oznámení a přehledu o nich. Společnost Lilly nebude zpracovávat Vaše osobní údaje pro žádné jiné účely.
* Vaše osobní údaje, které bude společnost Lilly zpracovávat, budou zahrnovat Vaše jméno, funkci, obchodní adresu a e-mail. Žádné další Vaše osobní údaje nebudou shromažďovány ani zpracovávány.
* Společnost Lilly bude Vaše osobní údaje uchovávat po dobu neurčitou, ne však déle než po dobu nezbytně nutnou k naplnění účelu zpracování osobních údajů popsaného v tomto oznámení.
* K uchovávání a aktualizaci osobních údajů mohou být využívány třetí strany ve Spojených státech amerických či jiných zemích, jejichž zákony na ochranu osobních údajů nemusejí být na stejné úrovni jako v zemi, kde žijete. Společnost Lilly vyžaduje, aby tyto třetí strany Vaše údaje uchovávaly bezpečným způsobem a nepoužívaly je pro jiné účely než ty, které jsou popsány v tomto oznámení.
* Zaměstnanci společnosti Lilly, z nichž někteří mohou být ve Spojených státech amerických a jiných zemích mimo Evropskou unii, budou mít přístup k Vašim údajům, pokud bude jejich práce takový přístup vyžadovat k naplnění účelu uvedeného v tomto oznámení.
* Společnost Lilly bude Vaše údaje kontrolovat, aby zajistila, že splňují požadavky místních zákonů a  zákonů USA, které se na společnost Lilly vztahují.
* Pokud budou zjištěny možné právní problémy nebo problémy v oblasti dodržování předpisů, mohou být údaje, které poskytujete, předány externím právním poradcům společnosti Lilly a/nebo tuzemským a zahraničním právním a regulatorním orgánům, například Komisi USA pro cenné papíry a burzu a místním úřadům.
* Dokumenty týkající se Vaší spolupráce se společností Lilly mohou být podrobeny kontrole ze strany oddělení interního auditu společnosti Lilly nebo jejích externích auditorů.
* Ve velmi vzácných případech, kdy se jedná o národní či státní bezpečnost nebo o bezpečnost společnosti, poskytne společnost Lilly příslušným státním orgánům celou svoji databázi návštěvníků a zákazníků.
* Pokud si přejete získat přístup ke svým osobním údajům, které má společnost Lilly ve svých záznamech, nebo tyto údaje upravit či vymazat, obraťte se, prosím, na RNDr. Miladu Brabcovou, MBA, která je pověřena dohledem nad bezpečností osobních údajů (brabcova\_milada@lilly.com).

Podpisem následujícího formuláře potvrzujete svůj souhlas se zpracováním svých osobních údajů způsobem popsaným v tomto oznámení

\* zařízení, kde se zdravotničtí odborníci podílejí na poskytování vzdělání, výzkumu nebo jiných služeb v rámci prevence, diagnózy, léčby nebo péče o lidské zdraví (např. nemocnice, univerzita)

|  |  |
| --- | --- |
| **Společná část – Prosíme, vyplňte** | |
| Vaše jméno (vyplňte prosím tiskacím písmem ve formátu: titul před jménem, jméno, příjmení, titul za jménem) | |
| Funkce | |
| **Vaše adresa pracoviště** | |
| Název | |
| Ulice | č.p. nebo č.o. |
| Město | PSČ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Část 1 – Vyplňte, pokud jste v pracovním poměru** | |
| **Pověřená osoba a související zdravotnické zařízení či instituce\*** | |
| Jméno pověřené osoby (tiskacím písmem ve formátu: titul před jménem, jméno, příjmení, titul za jménem) | |
| Funkce pověřené osoby | |
| Email pověřené osoby | |
| **Adresa zařízení (pokud je stejná jako adresa uvedená výše, nevyplňujte)** | |
| Název | |
| Ulice | č.p. nebo č.o. |
| Město | PSČ |
| **Pokud pracujete pro více než jedno zařízení, uveďte údaje a pověřené osoby v každém z nich. Formuláře pro případné další zařízení najdete na rubu této stránky.** | |
| *Přijímám tuto sponzorskou podporu za podmínek uvedených v Souhlasu s oznámením sponzorské podpory a beru na vědomí, že společnost Lilly bude informovat uvedené pověřené osoby o sponzorské podpoře poskytované na základě tohoto Souhlasu.* | |
| Podpis | Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| **Část 2 – Vyplňte, pokud jste osobou výlučně samostatně výdělečně činnou bez pracovního poměru, či partnerem ve vlastní společnosti** | |
| *Přijímám tuto sponzorskou podporu za podmínek uvedených v Souhlasu s oznámením sponzorské podpory a potvrzuji, že jsem výlučně osobou samostatně výdělečně činnou, či partnerem ve vlastní společnosti.* | |
| Podpis | Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pokračování Části 1 – Vyplňte, pokud pracujete pro více než jedno zařízení** | |
| **Další zdravotnické zařízení či instituce\*** | |
| **Pověřená osoba a související zdravotnické zařízení či instituce\*** | |
| Jméno pověřené osoby (tiskacím písmem ve formátu: titul před jménem, jméno, příjmení, titul za jménem) | |
| Funkce pověřené osoby | |
| Email pověřené osoby | |
| **Adresa zařízení** | |
| Název | |
| Ulice | č.p. nebo č.o. |
| Město | PSČ |
| **Pověřená osoba a související zdravotnické zařízení či instituce\*** | |
| Jméno pověřené osoby (tiskacím písmem ve formátu: titul před jménem, jméno, příjmení, titul za jménem) | |
| Funkce pověřené osoby | |
| Email pověřené osoby | |
| **Adresa zařízení** | |
| Název | |
| Ulice | č.p. nebo č.o. |
| Město | PSČ |
| **Pokud pracujete ještě pro více zařízení, vytiskněte si tuto stránku prosím vícekrát.** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prosím nevyplňujte – Část pro interní potřeby firmy Lilly. Vyplní kontaktní osoba v Lilly.** | |
| Jméno (vyplňte prosím tiskacím písmem ve formátu: titul před jménem, jméno, příjmení, titul za jménem) | |
| Obchodní jednotka | |
| Podpis | Datum |

\* zařízení, kde se zdravotničtí odborníci podílejí na poskytování vzdělání, výzkumu nebo jiných služeb v rámci prevence, diagnózy, léčby nebo péče o lidské zdraví (např. nemocnice, univerzita