<<Today\_\_s>>

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

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore <<Account\_Title\_Desc\_Glbl>> <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_LastName>>,

je nám ctí s Vámi spolupracovat.

Pro přípravu smlouvy/dohody pro poskytování přednáškových nebo konzultačních služeb bychom Vás rádi požádali o poskytnutí potřebných informací, které jsou nezbytné pro to, aby naše spolupráce byla v souladu s našimi interními standardy a s legislativními požadavky.

Protože si vážíme času, který nám věnujete, snažíme se zjednodušit naše postupy potřebné k uzavření smlouvy/dohody s Vámi. Potřebné údaje budeme od Vás vyžadovat pouze jednorázově, dále je budeme odpovídajícím způsobem uchovávat a každá naše příští spolupráce pak bude rychlá a jednoduchá.

Vyplnění tohoto souboru dokument; bude trvat přibližně 20 minut a získané informace budou uloženy pro budoucí spolupráci. Požadované informace se dělí na následující části:

* Souhlas s oznámením spolupráce
* Přehled odborné kvalifikace
* Souhlas se zveřejněním spolupráce
* Osobní preference
* Uzavření smlouvy / dohody a platba honoráře

Děkujeme Vám za Váš čas, který věnujete vyplnění potřebných dokumentů a jejich zaslání společnosti Lilly při nejbližší příležitosti. V případě jakýchkoli dotazů neváhejte kontaktovat **<<User\_Name>>**. Vyplněné informace můžete zaslat do společnosti Lilly e-mailem na: Lilly\_CZ\_CMS@lilly.com, Fax: +420 234 664 130

Poštou:

Lilly Customer Meeting Service Team

Eli Lilly ČR, s.r.o.

Pobřežní 394/12

186 00 Praha 8

S pozdravem

Lilly Customer Meeting Service Team

<<Meeting\_MERC\_Meeting\_Owner\_MERC>>

<<Form\_titleofmeetingowner>>

**Souhlas s oznámením spolupráce**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Společnosti ELI LILLY ČR, s.r.o., bude ctí s Vámi v nejbližší době spolupracovat jako s uznávaným odborníkem ve Vašem oboru.  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 navazuje spolupráci s jejich zaměstnancem.  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 s Vámi navázat spolupráci, 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 spolupráce se společností Lilly, například vedoucí zařízení, ředitel personálního oddělení, vedoucí lékař oddělení. Požadované informace prosím uveďte v části 1 formuláře. Vámi uvedená pověřená osoba bude o spolupráci předem informována. 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.  Tyto informace budeme uchovávat a nebudeme je již vyžadovat v případě naší další spolupráce  **Oznámení instituci**  \* 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)   |  |  | | --- | --- | | **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 |  |  |  | | --- | --- | | **Další zařízení (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 pro více než jedno zařízení, uveďte údaje a pověřené osoby v každém z nich. Pokud pracujete ještě pro více zařízení, vytiskněte si tuto stránku prosím vícekrát.** | |
| *Beru na vědomí, že společnost Lilly bude informovat uvedené pověřené osoby o budoucí spolupráci.* | |
| Podpis | Datum |

|  |  |
| --- | --- |
| **Část 2 – Vyplňte, pokud jste osobou samostatně výdělečně činnou bez pracovního poměru, či partnerem ve vlastní společnosti** | |
| *Potvrzuji, že jsem výlučně osobou samostatně výdělečně činnou či partnerem ve vlastní společnosti.* | |
| Podpis | Datum |

**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 formuláře uvedeného výše potvrzujete svůj souhlas se zpracováním svých osobních údajů způsobem popsaným v tomto oznámení.

**Přehled odborné kvalifikace**

Přehled Vaší odborné kvalifikace je vyžadován pro evidenci Vašich odborných zkušeností. Informace, které nám poskytnete, jsou podkladem pro stanovení spravedlivé výše odměny za Vámi provedené přednáškové nebo konzultační činnosti.

V případě, že na některé z níže uvedených otázek odpovíte kladně, můžete být požádán/a o poskytnutí Vašeho profesního životopisu. Prosím, neuvádějte v něm informace, které jsou osobní povahy a nesouvisejí s Vaší odbornou kvalifikací a praxí (např. datum narození).

**Odborné vzdělání, specializace**

Error! Missing test condition.

**Odborná praxe**

Error! Missing test condition.

**Výzkumná, publikační a ediční činnost**

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

**Výuková činnost a poradenství**

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

**Účast ve vedení instituce a ve zdravotnickém sdružení nebo ve výboru**

Kterou z následujících rolí jste zastával nebo v současné době zastáváte:

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

## Oznámení o ochraně osobních údajů

Tímto uděluji svůj výslovný souhlas společnosti ELI LILLY ČR, s.r.o. se sídlem v Pobřežní 394/12, Praha 8, 186 00, IČO 64941132 (“Lilly”) ke zpracování, elektronicky v databázích nebo jinak, po dobu neurčitou, mých osobních údajů uvedených v tomto dokumentu (“Údaje”), za účelem uzavírání smluvních vztahů mezi mnou a společností Lilly a stanovení odpovídající tržní hodnoty odměny za poskytnuté služby. Prohlašuji, že jsem seznámen/a se svým právem na (i) informace o zpracování mých Údajů, (ii) opravu mých nepřesných Údajů, (iii) podání příslušných vysvětlení, (iv) odvolání tohoto souhlasu kdykoliv kontaktováním společnosti Lilly na výše uvedené adrese, jakož i dalších právech dle příslušných právních předpisů.

Prohlašuji, že údaje uvedené v tomto dokumentu jsou správné a pravdivé a jsem si vědom/a, že uvedením nesprávných údajů by mohlo dojít k přijetí neoprávněné výše odměn za služby poskytnuté společnosti Lilly.

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 Lilly\_CZ\_CMS@lilly.com, tel.: +420 239 018 478.

Podpisem tohoto formuláře potvrzujete svůj souhlas se zpracováním svých osobních údajů způsobem popsaným v tomto oznámení a také svůj souhlas s prováděním rešerší externích médií.

Podpis: Datum:

**Souhlas se zveřejněním spolupráce mezi zdravotnickými odborníky a farmaceutickými společnosti**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore <<Account\_LastName>>,

společnost ELI LILLY ČR, s.r.o. se jako farmaceutická společnost a člen Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) v České Republice zavázala, že bude respektovat Kodex EFPIA Disclosure a příslušný Kodex AIFP přijatý na jejím základě (dále jen „**Kodex**“), který vyžaduje transparentnost v poskytování peněžních a nepeněžních plnění odborníkům prostřednictvím farmaceutické společnosti. Primárním cílem této celoevropské iniciativy je objasnit podstatu a rozsah spolupráce mezi zdravotnickými odborníky/zařízeními a farmaceutickými společnostmi a ozřejmit výši souvisejících plateb.

Pro splnění těchto požadavků musí společnost ELI LILLY ČR, s.r.o. zveřejnit na portálu www.transparentnispoluprace.cz Vaše následující osobní údaje a údaje o Vám poskytnutých plněních: jméno a příjmení, adresa pracoviště, evidenční číslo u České lékařské/lékárnické komory, IČO, výše a druh peněžního nebo nepeněžního plnění (např. příspěvek na náklady spojené s akcí, včetně registračních poplatků, cestovních a ubytovacích výdajů nebo poplatky za služby a poradenství – včetně různých souvisejících nákladů spojených s touto spoluprací).

Zveřejnění se provádí jednou ročně a každé vykazované období se vztahuje na celý kalendářní rok (dále jen „**Vykazované období**“).  Prvním vykazovaným obdobím je kalendářní rok 2015; zveřejnění údajů za rok 2015 proběhne v polovině roku 2016 a za vykazované období 2016 v polovině roku 2017.

Výše uvedené zpracování Vašich osobních údajů bude prováděno po dobu minimálně pěti (5) let s tím, že osobní údaje zůstanou zveřejněny na výše uvedené webové stránce po dobu minimálně tří (3) let od jejich prvního zveřejnění. Zpracování Vašich osobních údajů bude prováděno pouze po dobu, po kterou to bude nezbytně nutné pro stanovené účely zveřejnění; po uplynutí této doby mohou být Vaše osobní údaje zpracovávány pouze za účelem splnění právních povinností společnosti ELI LILLY ČR, s.r.o.

Společnost ELI LILLY ČR, s.r.o. může poskytnout Vaše osobní údaje za výše popsanými účely i dalším osobám, zejména AIFP a svým majetkově spřízněným osobám a poskytovatelům služeb, a to jak v rámci EU tak i ve třetích zemích mimo území EU.

V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „**zákon o ochraně osobních údajů**”), jsme povinni Vaše osobní údaje chránit. Proto budeme plnit naše výše uvedené povinnosti pouze s Vaším souhlasem.

Podpisem tohoto “Prohlášení o udělení souhlasu” udělujete společnosti ELI LILLY ČR, s.r.o. souhlas se zpracováním Vašich osobních údajů, vztahujících se k budoucímu poskytování jakýchkoli plnění a hodnot prostřednictvím společnosti ELI LILLY ČR, s.r.o. pro účely splnění požadavků Kodexu, jak je popsáno výše. Svým podpisem rovněž potvrzujete, že jste osobní údaje poskytl/-a dobrovolně a že jste byl/-a v souladu s ust. § 11 zákona o ochraně osobních údajů řádně informován/-a o jejich zpracování.

Pokud nás kdykoli uvědomíte o tom, že si nepřejete, aby Vaše údaje byly nadále zveřejňovány, nebudeme je dále individuálně zveřejňovat.

Pokud si přejete získat přístup ke svým osobním údajům, které má společnost Lilly ve svých záznamech nebo je zveřejnila, nebo si přejete 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) nebo postupujte podle informací, které najdete na stránkách obsahujících zveřejněné informace.

Souhlasím

Nesouhlasím

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datum)                                                                                  (Podpis)

**Preference, informace pro účely uzavření smlouvy/dohody a platby za služby**

Rádi bychom Vás požádali o vyplnění následujících informací za účelem přípravy smlouvy a zajištění logistiky související s odborným setkáním.

S ohledem na naši další spolupráci si Vás dovolujeme požádat o poskytnutí informací, které budou uloženy jako součást Vašeho individuálního profilu a které budeme využívat při budoucí spolupráci s Vámi. V případě další spolupráce nebude nutné Vás o ně znovu žádat.

Informace, které poskytnete společnosti ELI LILLY ČR, s.r.o. pro vytvoření Vašeho individuálního profilu Vám budou dostupné pro úpravu nebo vymazání prostřednictvím HCP portálu nebo můžete kontaktovat Lilly\_CZ\_CMS@lilly.com, tel.: +420 239 018 478.

**Kontaktní údaje**

(pro účely smlouvy / dohody a komunikace o logistice setkání)

Jméno a příjmení:

Adresa:

Tel.: Mobil:

Fax:

E-mail pro korespondenci a potvrzení platby:

Evidenční číslo u ČLK:

Prosíme, zaškrtněte, jakým způsobem si přejete být kontaktován/a za účelem přípravy dohody / smlouvy nebo logistiky k plánovanému odbornému setkání:

Web a e-mail              telefon mobil fax

**Platba podle dohody o provedení práce/smlouvy o poskytnutí služeb**

Aby mohla společnost Lilly připravit dohodu o provedení práce/smlouvu o poskytnutí služeb, zaškrtněte všechny příslušné podepisující strany a uveďte adresu, pokud se liší od výše uvedené.

**Strana** **Jméno a adresa**

Moje jméno (adresa viz výše)

Moje právnická osoba

**Typ smluvního vztahu**

Prosíme, uveďte, jaký typ smluvního vztahu preferujete:

Dohoda

Smlouva (fakturace)

**Platba**

Prosíme, uveďte, kdo bude příjemcem kompenzace a/nebo uhrazení nákladů :

Moje jméno a příjmení (vlastní)

Moje právnická osoba

Uveďte bližší údaje příjemce:

IBAN banky

*Nebo:*

Název banky

Adresa banky

Číslo bankovního účtu

SWIFT banky

Kód banky

IBAN kód

**Daňové a fakturační údaje (ponechte prázdné, není-li použitelné)**

IČO

DIČ (vyplní pouze plátce DPH)

***Poznámka:*** *Vyplňte a přiložte veškeré nezbytné místní daňové formuláře*

Podpis: Datum: