[Tento vzorový dokument je určen k použití v zemích Evropského hospodářského prostoru a ve Švýcarsku; obsahuje výjimku z globálního znění protikorupčních ustanovení na základě místních požadavků odvozených z příslušné legislativy týkající se ochrany osobních údajů a smluvního práva.]

**SMLOUVA O POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ**

**(pro jednotlivé akce)**

Mezi následujícími stranami (dále jen „Strany“)

(ďalej len „Zdravotnícky pracovník“)

<<Account\_MERC\_Title\_Desc\_GLBL>>

<<Account\_MERC\_Sfx\_Nm\_GLBL>>

<<Account\_MERC\_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>>

<<Form\_HCP\_License\_Number>>

*(a/nebo)*

(dále jen „Společnost“)

<<Form\_HCP Company Name>>

<<Form\_HCP Company Address>>

<<Form\_HCP\_License\_Number>>

(*nebo*)

(dále jen „Zdravotnické zařízení“)

<<Form\_HCO Name>>

<<Form\_HCO Address>>

<<Form\_HCO\_License\_Number>>

(dále jen společně „Protistrana“)

a

ELI LILLY ČR, s.r.o. (dále jen „Lilly“)

se sídlem na adrese Pobřežní 394/12, 186 00, Praha 8

IČ: 64941132

zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl C, vložka 42212

Dátum: <<Today\_\_s>>

Tato Dohoda je vystavena na základě Rámcové smlouvy o poskytování služeb mezi společností Lilly a Zdravotnickým pracovníkem (dále jen „Smlouva“) a řídí se podmínkami takové Smlouvy.

**V souladu s podmínkami Smlouvy a této Dohody se Zdravotnický pracovník zavazuje, že provede pro společnost Lilly následující práci (dále jen „Práce“)**:

Verze pro případ, že je práce vykonávána pro jinou spřízněnou společnost, než je domácí spřízněná společnost ELI LILLY ČR, s.r.o

Pro logistické účely je spřízněná společnost Lilly v zemi trvalého pobytu Zdravotnického pracovníka smluvní stranou Lilly; práce je však požadována a bude vykonávána pro jinou spřízněnou společnost Lilly, jmenovitě (doplňte název spřízněné společnosti, pro kterou je práce vykonávána).

(doplnit popis a rozsah práce; rozsah práce nesmí přesáhnout 300 hodin v kalendářním roce a výkon práce nesmí přesáhnout 12 hodin během 24 hodin po sobě jdoucích):

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 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 (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 následující Vaše osobní údaje („osobní údaje“) a údaje o Vám poskytnutých plněních: jméno a příjmení, adresa pracoviště, evidenční číslo u České lékařské komory (v případě jednotlivců) nebo IČO (v případě společností), výše 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.  Kromě toho prosím berte na vědomí, že Lilly v rámci svého programu transparentnosti oznámí existenci tohoto smluvního vztahu následujícím osobám, které jste určil/-a: <<Form\_HCO Name>> a <<Form\_HCO Name>>. |

|  |
| --- |
| Na prováděnou Práci se vztahují následující zvláštní podmínky: |

|  |
| --- |
|  |

=

|  |
| --- |
|  |

=

|  |
| --- |
|  |

=

|  |
| --- |
|  |

=

|  |
| --- |
|  |

=

|  |
| --- |
|  |

=

**(manually populated by Cork***)* **Specific Terms on Information regarding Adverse Event and Product Complaints (for services implying patient interaction)**

Podpisem této Dohody strany souhlasí s tím, že Zdravotnický pracovník je povinen provést Práci řádně za podmínek a ujednání uvedených v této Dohodě a v připojených Všeobecných podmínkách, které společně tvoří úplnou Dohodu mezi stranami ohledně provedení Práce.

**Odsouhlaseno a podepsáno následujícími osobami:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis Zdravotnického pracovníka | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jméno tiskacím písmem | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis Společnosti/Zdravotnického zařízení | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jméno tiskacím písmem | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Podpis společnosti Lilly | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jméno tiskacím písmem | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum |