|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  |
|  |  | <<Today\_\_s>> | | |

<<Form\_Subject>>

<<Form\_greeting>> <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_LastName>>,

wir freuen uns sehr über Ihre Bereitschaft, uns mit Ihrer Expertise zu unterstützen.

Vorbereitend auf Ihren Dienstleistungsvertrag mit Lilly bitten wir Sie, uns einige Informationen zur Verfügung zu stellen. Mit Ihrer Erlaubnis werden wir Ihre Daten einmalig erfassen und in unseren Systemen speichern, so dass wir bei der nächsten Zusammenarbeit schnell und einfach alle Dokumente für Sie vorbereiten können.

Beiliegend finden Sie folgende Formulare:

* Zusammenfassung Ihrer beruflichen Qualifikation
* Datenschutz- und Einwilligungserklärung zum Transparenzkodex
* Vertragserstellung und Zahlungsinformationen

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit und bitten Sie, uns die ausgefüllten Formulare zum baldmöglichsten Zeitpunkt zurückzusenden:

E-Mail: Lilly\_Deutschland\_CMS@lilly.com

Fax: +49 69 29 – 9 57 18 48

Post:

Lilly Customer Meeting Service Team

c/o Europe Convention GmbH & Co. KG

Bahnhofstraße 30

82467 Garmisch-Partenkirchen

Sollten Sie Fragen haben oder Unterstützung benötigen, helfen wir Ihnen gerne.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr

Lilly Customer Meeting Service Team

Zusammenfassung Ihrer beruflichen Qualifikation

Diese Informationen werden benötigt, um Sie entsprechend Ihrer Expertise und Erfahrung zu vergüten. Lillys Zahlungen an HCPs müssen nach „Marktwert“ (Fair Market Value) erfolgen. Bei positiver 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.

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 / Mitgliedschaft in Gesellschaften

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Datenschutz:

Wir machen darauf aufmerksam, dass Lilly persönliche Daten ausschließlich in dem Umfang erhebt, verarbeitet und nutzt, wie es zur Erfüllung der Geschäftsbeziehung mit dem Vertragspartner erforderlich ist. Dabei beachtet Lilly stets die gesetzlichen Vorschriften zu Datenschutz und Vertraulichkeit. Zur Erfüllung der Geschäftsbeziehungen werden unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz externe Dienstleister eingesetzt.

Lilly speichert Daten auch weiterhin, um mit dem Vertragspartner zum Zwecke weiterer Referenten-, Moderations- oder Beratungstätigkeiten in Kontakt treten zu können. Zu diesen Zwecken können auch andere Lilly-Gesellschaften weltweit auf Daten des Vertragspartners zugreifen. Sollte der Vertragspartner mit einer künftigen Kontaktaufnahme nicht einverstanden sein, kann er dieser gegenüber der Abteilung Ethik & Compliance (Tel: + 49 6172 273-0) widersprechen.

Für den Fall, dass der Vertragspartner weitere Informationen zum Umgang von Lilly mit persönlichen Daten erfahren möchte, bitten wir Sie, sich gerne an unsere Abteilung Ethik & Compliance zu wenden (Tel. +49 6172 273-0).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Unterschrift |  | Ort, Datum |

|  |
| --- |
|  |

Error! Missing test condition.

Vertragserstellung 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:

Fax: +49 69 29 - 9 57 18 48; Tel: +49 69 29 - 9 57 18 47

Email: Lilly\_Deutschland\_CMS@lilly.com

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 präferierten 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.

Vertragspartner

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ich selbst (Adresse wie oben angegeben) |
|  | Mein Arbeitgeber (z.B. Krankenhaus oder medizinische Einrichtung) |
|  |  |
|  | (bitte Name und Adresse der juristischen Person angeben) |
|  | Juristische Person / Rechtsform (z.B. GmbH oder e.V.) |
|  |  |
|  | (bitte Name und Adresse der juristischen Person angeben) |

Zahlungsempfänger

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ich selbst |
|  | Mein Arbeitgeber (z.B. Krankenhaus oder medizinische Einrichtung) |
|  | Juristische Person / Rechtsform (z.B. GmbH oder e.V.) |

Bankinformation des Zahlungsempfängers

|  |  |
| --- | --- |
| Bank IBAN: |  |
| Bank BIC: |  |
| Bank Name: |  |

Steuernummer des Zahlungsempfängers (sofern umsatzsteuerpflichtig)

|  |  |
| --- | --- |
| Umsatzsteuernummer: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Unterschrift |  | Ort, Datum |