**Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular schnellstmöglich zurück an:**

**<<User\_Name>> : Fax 08821 - 93 80 74**

**Name, Vorname des/r Teilnehmers/in:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ich werde an der Fachveranstaltung**

**<<Meeting\_MERC\_Name>> /** **<<Meeting\_MERC\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>>**

gemäß der beigefügten Programmankündigung teilnehmen.

Lilly wird dabei ausschließlich die im Rahmen der Veranstaltung festgelegten Leistungen übernehmen:

Hotelkosten gemäß beigefügter Reisekostenrichtlinie

Fahrtkosten gemäß beigefügter Reisekostenrichtlinie

Kosten individuell anpassen, z.B. Tagungspauschale, Registrierungsgebühren € <<Form\_Registrationfee>>

Alle Hotel- und Reisebuchungen sowie die Registrierung für die Veranstaltung erfolgen ausschließlich durch Lilly oder eine von Lilly eingesetzte Agentur entsprechend beigefügter Reisekostenrichtlinie. Bitte haben Sie Verständnis, dass Kosten im Nachhinein nicht erstattet werden können.

Die Kosten werden gemäß Lillys produkthaftungsrechtlicher Aufklärungspflicht als pharmazeutischer Unternehmer zum Erwerb von Fachkenntnissen über den sicheren Einsatz von Lilly-Arzneimitteln übernommen.

**<<Meeting\_MERC\_Therapeutic\_Area\_MERC>>**

Die vorher aufgeführten Zahlungen leistet Lilly lediglich um die Teilnahme zu fördern. Die Übernahme der vorher aufgeführten Kosten hat keinerlei Einfluss auf Beschaffungsentscheidungen oder andere dienstliche Entscheidungen und stellt auch keine Belohnung für Umsatzgeschäfte in der Vergangenheit dar.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars erklären Sie, dass die Annahme der oben angegeben Leistungen nicht gegen geltende Gesetze oder Verordnungen oder Richtlinien Ihres Arbeitgebers oder einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung, in der Sie befugt sind, Entscheidungen auf den oben angegebenen Gebieten zu beeinflussen, verstößt.

**Bitte kreuzen Sie entsprechend Ihrer Tätigkeit an. Vielen Dank!**

**O – Ich bin ausschließlich selbstständig tätig.**

**O – Ich bin Mitarbeiter einer medizinischen oder öffentlich-rechtlichen Einrichtung.**

…………………….. .……………………………… .. ..……………………………….

Ort, Datum Name *(in Druckschrift)* Unterschrift mit Stempel

***Wenn Sie Mitarbeiter einer medizinischen oder öffentlich-rechtlichen Einrichtung sind, bitten wir Sie, Ihre Veranstaltungsteilnahme durch Ihren Dienstherrn / Arbeitgeber genehmigen zu lassen. Bitte beachten Sie, dass ohne Genehmigung Ihres Dienstherrn / Arbeitgebers bzw. der öffentlich-rechtlichen Einrichtung keine Kostenübernahme durch Lilly zulässig ist. Für Ihre freundlichen Bemühungen danken wir Ihnen.***

Genehmigung des Dienstherrn / Arbeitgebers / öffentlich-rechtlichen Einrichtung, vertreten durch den Verwaltungs-direktor oder eine Person in entsprechender Funktion Unterzeichner darf nicht identisch mit Leistungsempfänger sein):

…………………..... ………………………………... ……………………………………

Ort, Datum Name und Funktion *(in Druckschrift)* Unterschrift mit Stempel

**Hinweis zum Datenschutz:**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Lilly Ihre Daten ausschließlich in dem Umfang erhebt, verarbeitet und nutzt, wie es zur Erfüllung der Geschäftsbeziehung mit Ihnen erforderlich ist. Dabei beachtet Lilly stets die gesetzlichen Vorschriften zu Datenschutz und Vertraulichkeit. Zum Zweck der Registrierung der Teilnahme an Veranstaltungen werden Ihre Daten gegebenenfalls (je nach Ausrichtungsort der Veranstaltung) auch an extern beauftragte Dienstleister mit Sitz im inner- und außereuropäischen Ausland weitergegeben. Wenn Sie weitere Informationen zum Umgang von Lilly mit Ihren Daten erfahren möchten, können Sie sich gerne an unsere Abteilung Ethik & Compliance wenden. Tel: +49 6172 273-0