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

Kære <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_Name>>,

Vi takker for dit tilsagn og ser frem til at samarbejde med dig i den nærmeste fremtid.

Eftersom vi nærmer os forberedelsen af kontraktskrivning, vil vi gerne bede dig om nogle informationer som gør det muligt for dig og Lilly at samarbejde og overholde vores industris regler og regulativer.

Vi sætter stor pris på din tid. For at forenkle kontraktprocessen, vil vi gerne indsamle dine data én gang for alle og efterfølgende beholde dem, så at vi ved et eventuelt fremtidigt samarbejde undgår at efterspørge samme information.

Det vil tage ca. 20 minutter at udfylde og informationerne vil blive arkiveret med henblik på fremtidigt samarbejde. Informationen deles op i følgende dele:

* Institutionel Notificering vedrørende Samarbejde *(Kun for Ikke-MD-HCPs)*
* Professionelle kvalifikationer
* Kontaktinformation og Betaling

Vi takker for din tid med at udfylde vedlagte med dine informationer og returnere dem til os så snart det er muligt. Dine informationer bedes returneret til Lilly pr. e-mail: Lilly\_Danmark\_CMS@lilly.com, pr. fax: 45 26 60 01 eller pr. post: Eli Lilly Danmark A/S, Lyskær 3E, 2.tv, 2730 Herlev.

Skulle du have spørgsmål, er du mere end velkommen til at kontakte os.

Med venlig hilsen

<<User\_Name>>

Lilly Customer Meeting Services

Tlf: +45 4331 4839

Email: Lilly\_Danmark\_CMS@lilly.com

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Institutionel Notificering vedrørende Samarbejde**  Som anerkendt ekspert indenfor dit område, er Lilly Danmark A/S glad for at skulle samarbejde med dig i den nærmeste fremtid. Kun ved at samarbejde med vores sundhedsfaglige kolleger kan vi øge vores mulighed for at udvikle innovativ medicin, som kan hjælpe patienterne. Patienten, som er afhængig af Lilly’s medicin, er afhængig af de beslutninger og handlinger som vi hver især foretager på daglig basis. Vi er indstillet på at føre virksomhed på en ansvarlig og etisk måde, på at være førende i fohold til gennemsigtighed og sætte nye standarder for fortræffelighed, hvilket er essentielt for at opbygge og vedligeholde tilliden til vores industri.  Som en del af dette engagement, notificerer Lilly relevante institutioner, når vi indgår kontrakt med deres sundhedsfaglige medarbejdere.  Vi tager til deles dette skridt for at være proaktive, idet vi forudser øget lovgivning og offentlig kontrol på området. Derudover ved vi, at du sætter dine patienter højst og vi sætter pris på din dybdegående kliniske ekspertise og indsigt i patienterne. Vi tror på, at ved at være gennemsigtige omkring vores samarbejde, kan det hjælpe med til at beskytte vores partnerskab og fjerne enhver upassende opfattelse af at sundhedsfaglige personer er under indflydelse af Lilly i deres beslutninger vedrørende patient pleje.  Før vi indgår i et nyt samarbejde med dig, beder vi om at du udpeger en person\* på hver institution du er ansat på, som har autoritet til at repræsentere eller træffe beslutninger på vegne af institutionen. Oplys venligst denne information i sektion 1. Disse udpegede personer vil blive notificeret om dit samarbejde med Lilly forud for datoen for dit arbejde for os. Selvom der ikke kræves noget svar fra disse personer, er de velkomne til at kontakte Lilly, hvis de skulle have spørgsmål. Hvis du udelukkende er selvstændig, udfyld da venligst sektion 2.  *\* Eksempler på udpeget person inkluderer: Sygehusdirektør, Centerchef, Klinikchef, Ledende overlæge, Personaleansvarlig for medicinsk personale, HR-chef, Hospitalsadministrator, Medicinsk direktør* | | **Sektion 1-** Hvis du er ansat af mere end en institution, udpeg da venligst en person fra hver institution. | | Jeg forstår at Lilly vil notificere den/de personer udpeget af mig i nedenstående sektion omkring den opgave, der er indgået kontrakt om.    Underskrift: Dato:  Trykt navn: Stilling:  Institution #1:  Trykt navn og Stilling på Person:  Trykt navn på Institutionen:  Virksomhedsadresse:  Email:  Institution #2, hvis relevant  Trykt navn og Stilling på Person:  Trykt navn på Institutionen:  Virksomhedsadresse:  Email:  *Bemærk: Hvis du er ansat af flere institutioner, oplys da disse på et separat ark.* | | **Sektion 2 –** Udfyld venligst, hvis du er udelukkende selvstændig | | Jeg bekræfter, at jeg er udelukkende selvstændig  Underskrift: Dato:  Trykt navn:  Virksomhedsnavn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |
|  |

**Professionelle kvalifikationer**

Vi beder om denne information for at sikre at din erfaring og akkreditiverbliver afspejlet i din kompensation. Dette er for at illustrere at Lilly’s betalinger til sundhedsfaglige personer er fastlagt på markedsværdi. Du vil eventuelt blive bedt om at dele dit CV med os i tilfælde af, at nogle af dine svar på vores spørgsmål er af afgørende karakter. Vi beder dig venligst om at undlade personfølsomme informationer i dit CV (f.eks. fødselsdato)

**Akademiske kvalifikationer**

Error! Missing test condition.

**Uddannelse og Medicinsk erfaring**

Error! Missing test condition.

**Forskning i/Erfaring fra kliniske studier og publikationer**

Error! Missing test condition.

**Undervisning og Rådgivning**

Har du aktuel eller tidligere erfaring som:

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

**Lederskab og/eller deltagelse i Sundhedsorganisationer eller komiteer.**

Hvilken af følgende roller har du haft eller har du på nuværende tidspunkt?

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Ved at underskrive nedenfor, godkender du at dine personlige data behandles i henhold til beskrivelse i Privacy Notice, sidst i dette dokument.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato                                                                                  Underskrift

**Kontaktinformation og Betaling**

Vi vil bede om at du udfylder nedenstående skema, med henblik på at forberede kontrakten og logistikken for mødet. Da vi ønsker at samarbejde med dig i fremtiden, og for din egen bekvemmelighed, vil vi gerne beholde dine informationer, oplyst nedenfor i en individuel profil og genbruge dem ved fremtidigt samarbejde. Ved at opbevare dine informationer i vores arkiv, vil vi ikke have behov for at bede dig om at oplyse dem igen næste gang, vi samarbejder med dig.

**Kontaktinformation**

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail (for mailkorrespondance om logistik og betaling):  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vælg venligst dine foretrukne kommunikationsmåder, skulle Lilly have brug for at kontakte dig i forbindelse med forberedelse af din kontrakt og mødelogistik.

Web & E-mail  
Telefon

Mobil

Post

**Information vedrørende udbetaling af honorar**

Vælg venligst samtlige aftaleparter og deres adresser (hvis anden end ovennævnte), for at Lilly kan forberede kontrakt.

**Aftalepart Navn og adresse (behørig person som kan signere)**

Mit navn *navn og adresse som ovenstående*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Egen virksomhed \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institution/klinik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Betaling**

Vælg venligst hvilken aftalepart, som skal modtage betaling og/eller refusion:

**Alternativ 1 – Min Personlige bankkonto (løn)**

Personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Banknavn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Reg. + kontonummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN-nummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SWIFT adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alternativ 2 – Eget Firma (faktura)**

Personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banknavn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN-nummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SWIFT adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Momsregistreringsnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Moms/VAT udbetales hvis det fremgår af fakturaen og firmaet er momsregistreret.*

**Alternativ 3 - Institution/klinik (faktura)**

*Udfører du arbejdet på vegne af din institution kan betaling ske til institutionen.*

Personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banknavn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN-nummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SWIFT adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Momsregistreringsnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*Moms/VAT udbetales hvis det fremgår af fakturaen og firmaet er momsregistreret.*

Ved at underskrive nedenfor, godkender du at dine personlige data behandles i henhold til beskrivelse i Privacy Notice, sidst i dette dokument.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato                                                                                  Underskrift

**Privacy Notice**

Eli Lilly Danmark A/S (Lilly) vil kun anvende dine personlige data med henblik på at udfærdige denne aftale mellem dig og Lilly. Nedenstående er en kort beskrivelse af, hvordan Lilly vil anvende bruge dine data:

* Lilly vil arkivere dine data og eventuelt dele dem med Lilly medarbejdere i andre filialer i verden, hvis arbejde er afhængigt af adgang til dine data.
* Tredjeparts selskaber vil eventuelt blive benyttet til at opbevare og opdatere dine informationer i USA eller i andre lande (også udenfor EU/EEA), hvis Persondatalovgivning eventuelt ikke er den samme som i det land du er bosiddende i. Lilly har taget forholdsregler for at sikre at samme niveau af sikkerhed opretholdes gennem tredjeparter, som opbevarer dine informationer henholder sig til Lilly's sikkerhedskrav og at de ikke benytter dem til noget andet formål end beskrevet i denne aftale.
* De data, som du har angivet vil eventuelt ligeledes blive delt med Lilly’s eksterne juridiske rådgivere og/eller indenrigs- og/eller udenrigslovgivende eller kontrollerende instanser.
* Dine personlige data vil blive opbevaret og arkiveret af Lilly så længe det kræves til ovenstående formål eller så længe gældende lovgivning foreskriver

Du har ret til under gældende Persondatalovgivning at få adgang til de personlige data, Lilly anvender om din person. Du har også ret til at rette enhver ukorrekt eller ufuldstændig gengivelse af persondata. Skulle du ønske adgang til, rette eller slette dine personlige data, som Lilly har på arkiv, bedes du venligst kontakte os på telefon 43 31 48 39 eller pr. e-mail Lilly\_Danmark\_CMS@lilly.com.