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

# **Toetuslepingu teatis**

|  |
| --- |
| Lugupeetud <<Account\_Title\_Desc\_GLBL>> <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_LastName>>,  Lillyl on hea meel toetada Teie osalemist <<Meeting\_MERC\_Name>>, mis toimub <<Meeting\_MERC\_City\_of\_Meeting\_MERC>>, <<Meeting\_MERC\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>>. Lilly toetab kõrgetasemelisi koolitusi, kus tutvustatakse teaduse ja tervishoiu saavutusi, vahetatakse teadmisi haigusseisundite kohta, tutvustatakse kliiniliste uuringute tulemusi ning arutatakse ravimite ja seadmete kasutamist, et läbi õigete otsuste aidata kaasa ravi täiustamisele ning ravitulemuste parandamisele.  Lilly on oma tegevuses eetiline ja aus ning täidab kõiki kohaldatavaid õigusakte. Sellest lähtudes teavitame raviasutusi, kelle tervishoiutöötajaid me toetame. Toetustest teavitamine on Lilly initsiatiiv vastusena üldsuse suuremale tähelepanule ravimisektoris. Teame, et lähtute eelkõige patsientide huvidest, hindame Teie kliinilist kogemust ja tööd patsientidega. Usume, et läbipaistvus meie koostöös on vajalik meie töösuhtele ja välistab Lilly mõju tervishoiutöötajatele patsientide raviotsuste tegemisel.  Nõustudes tööandja teavitamisega Lilly toetusest, palume Teil nimetada igas raviasutuses, kus Te töötate, isiku\*, kellel on õigus nimetatud raviasutust esindada või selle nimel otsuseid teha. Palun esitage see 1. osas. Nimetatud isikuid teavitatakse Teie poolt Lillyga sõlmitud lepingust enne ürituse toimumise kuupäeva. Antud isikutel ei kaasne teavitusega seonduvaid kohustusi, aga neil on võimalus küsimuste või probleemide korral Lillyga ühendust võtta. Kui töötate ainult füüsilisest isikust ettevõtjana, täitke ainult 2. osa.  Palun tagastage täidetud ankeet Lilly kontaktisikule hiljemalt <<Form\_Returndate>>  Lilly ei kata toetuse raames meelelahutuse ega kingitustega seotud kulusid peale nende, mida ürituse korraldaja planeerib kõikidele osalejatele. Lilly tasub Teie transpordi-, hotelli- ja registreerimiskulud otse korraldajale või teenuse osutajale. [Lisada märkus väiksemate kulude hüvitamise kohta, nt kohalik transport ja toitlustus, mis peavad olema kooskõlas filiaali reeglitega ja mille kohta tuleb esitada nõuetekohased kuludokumendid]. |

Esindusõigust omavad isikud on näiteks osakonnajuhataja, haigla juht, ülikooli juht, personalijuht, asedirektor meditsiini alal.

Kui Lilly on Teid varem toetanud, võivad järgnevalt küsitud andmed olla ankeedis eeltäidetud. Sel juhul palume Teil kontrollida esitatud andmete õigsust. Vajadusel palume parandada tööalaselt Teie osas otsustusõigust omava (-te) isiku (-te) andmed. Seejärel palume ankeedis esitatud informatsioon oma allkirjaga kinnitada ning ankeet Lilly-le tagastada.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. osa –** *Kui töötate mitmes raviasutuses, märkige kõik töökohad ja igas töökohas nimetage palun isik, keda teavitada.* | | | | | | | | | | | | |
| Nõustun Lilly toetusega eelpool märgitud tingimustel ja saan aru, et Lilly teavitab allpool nimetatud isikut/isikuid minu saadud toetusest. | | | | | | | | | | | | |
| Allkiri | | |  | | | | | | | Kuupäev | |  |
| Nimi trükitähtedega | | | <<Account\_Name>>, | | | | | | | Ametinimetus | | <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> |
| Töökoha aadress | | <<FORM\_Institutionname>> | | | | | | | | | | |
| 1. raviasutus: | | | | | | | | | | | | |
| Määratud isiku nimi ja ametinimetus trükitähtedega | | | | | | | | | <<Form\_NametitleofDI>> | | | |
| Raviasutuse nimetus trükitähtedega | | | | | | <<Form\_Diinstitutionname>> | | | | | | |
| Töökoha aadress: | | | | <<Form\_DIInstitutionaddress>> | | | | | | | | |
| E-post: | <<Form\_Diemailadress>> | | | | | | | | | | | |
| 2. raviasutus, kui töötate enam kui ühes raviasutuses | | | | | | | | | | | | |
| Määratud isiku nimi ja ametinimetus trükitähtedega | | | | | | | | | <<Form\_NametitleofDI2>> | | | |
| Raviasutuse nimetus trükitähtedega | | | | | | <Form\_Diinstitutionname2>> | | | | | | |
| Töökoha aadress:: | | | | | <<Form\_DIInstitutionaddress2>> | | | | | | | |
| E-post: | <<Form\_Diemailadress2>> | | | | | | | | | | | |
| *Märkus. Kui töötate veel mõnes raviasutuses, lisage lehti.* | | | | | | | | | | | | |
| **2. osa –** *Täitke, kui töötate ainult füüsilisest isikust ettevõtjana.* | | | | | | | | | | | | |
| Nõustun toetusega tingimustel, mis on määratud toetuslepingus ja kinnitan, et töötan ainult füüsilisest isikust ettevõtjana: | | | | | | | | | | | | |
| Allkiri | | |  | | | | | Kuupäev | | |  | |
| Nimi trükitähtedega | | | <<Account\_Name>> | | | | | Ametinimetus | | | <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> | |
| Ettevõtte nimi ja juriidiline aadress | | | | | | | <<Form\_legalentity>> | | | | | |

## Isikuandmekaitse teatis

Lepingu sõlmimisel esitate Lillyle oma isikuandmeid, sealhulgas nime, töökoha aadressi ja e-posti aadressi. Allpool on lühidalt kirjeldatud, kuidas Lilly Teie isikuandmeid kasutab:

* Lilly (Suisse) S.A. Eesti filiaal säilitab Teie andmed ja võib neid avaldada ainult Lilly töötajatele, kes seoses oma tööga vajavad neile andmetele ligipääsu käesolevas dokumendis mainitud eesmärkidel.
* USA-s või muudes riikides, mille andmekaitsealased õigusaktid võivad erineda Teie elukohariigi omadest, võidakse andmete säilitamiseks ja uuendamiseks kasutada kolmandaid osapooli. Lilly on võtnud kasutusele meetmed tagamaks, et Teie andmete säilitamisel kolmandate osapoolte juures kasutatakse Lilly enda turvameetmetega samaväärseid turvameetmeid, ning on keelanud Teie isikuandmete kasutamise muudel eesmärkidel, kui on kirjeldatud käesolevas dokumendis.
* Võimalike õiguslike või nõuete järgimisega seotud probleemide avastamisel võidakse Teie esitatud andmeid avaldada Lilly-välistele õigusnõustajatele ja/või oma riigi või välisriigi õigusorganitele või reguleerivatele ametiasutustele.
* Lilly võib avaldada Teie andmeid valitsusasutuste infopäringutele vastates või kui õigusaktid seda nõuavad.

Kui soovite ligipääsu isikuandmetele, mida Lilly Teie kohta säilitab, isikuandmeid muuta või kustutada, võtke palun ühendust Marika Toom, e-post Toom\_Marika@lilly.com.

Allkirjastades annate oma nõusoleku Teie andmete töötlemiseks teatises kirjeldatud viisil.

**Lilly kontaktandmed**

Allkiri: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kuupäev: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nimi trükitähtedega: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Äriüksus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_