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

Lugupeetud <<Account\_Title\_Desc\_Glbl>> <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_LastName>>,

Meil on hea meel, et olete valmis meiega lähitulevikus koostööd tegema.

Seoses teenuste lepingu ettevalmistamisega soovime Teilt saada veidi informatsiooni, et Teie ja Lilly koostöö vastaks ravimitööstuse eeskirjadele ja reeglitele.

Et lihtsustada lepingu sõlmimise protsessi ja säästa Teie aega palume Teilt andmeid vaid ühe korra ja salvestame need nõuetekohaselt, et järgmistel kordadel kergendada koostöö vormistamist.

Dokumentide täitmiseks kulub umbes 20 minutit ning need hoitakse alles järgmiste koostöökordade jaoks. Dokumendid on järgmised:

* Tervishoiutöötajate teenuse osutamise lepingu teatis
* Kutsekvalifikatsiooni ülevaade
* Nõusolek läbipaistva aruandluse kohta
* Eelistused
* Lepingu sõlmimine ja tasu

Oleme Teile tänulikud, kui tagastate täidetud dokumendid Lillyle esimesel võimalusel.

Küsimuste korral võtke palun ühendust Marika Toom. Täidetud dokumendid saatke

Lillyle oma Lilly kontaktisiku kaudu kas e-postiga: Lilly\_Eesti\_CMS@lilly.com või postiga aadressil: Eli Lilly (Suisse) S.A. Eesti filiaal, A.H.Tammsaare tee 47, Tallinn 11316, Eesti.

Lugupidamisega,

Marika Toom

Administratiivtöö koordinaator

Telefon: 372 6817280  
Email: Toom\_Marika@lilly.com

<<Form\_Titleofmeetingowner>>

<<Form\_Nameofmeetingowner>>

**Tervishoiutöötajate teenuse osutamise lepingu teatis**

|  |
| --- |
| Eli Lilly (Suisse) S.A. Eesti filiaalil on hea meel kutsuda Teid osalema <<Meeting\_Participant\_MERC\_Types\_of\_Service\_MERC>> seoses <<Meeting\_MERC\_Name>> <<Form\_Filiaali Valik>>. Uuenduslikke ravimeid on võimalik välja töötada ainult tervishoiutöötajatega koostööd tehes.  Lilly ravimeid kasutavate patsientide tervis sõltub meie kõigi igapäevastest otsustest ja tegudest. Seetõttu peame me olema vastutustundlikud ja eetilised, näitama eeskuju läbipaistvuse osas, et meie tegevusala oleks usaldusväärne.  Sellest lähtuvalt teavitab Lilly raviasutusi, kelle tervishoiutöötajatega me sõlmime koostöölepinguid.  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 Lillyga sõlmitud lepingust, 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 teenuse osutamise 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 <<Meeting\_MERC\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>> - <<Meet-ing\_MERC\_End\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>>  \* Esindusõigust omavad isikud on näiteks osakonnajuhataja, haigla juht, ülikooli juht, personalijuht, asedirektor meditsiini alal. |
| **1. osa –** *Kui töötate mitmes raviasutuses, märkige kõik töökohad ja igas töökohas nimetage palun isik, keda teavitada.* |
| \*  Nõustun, et Lilly teavitab allpool märgitud isikut/isikuid osutatavast teenusest.  Allkiri: Kuupäev:  Nimi trükitähtedega: Ametinimetus:  Töökoha aadress:  1. raviasutus:  Määratud isiku nimi ja ametinimetus trükitähtedega:  Raviasutuse nimetus trükitähtedega:  Töökoha aadress:  E-post:  2. raviasutus, kui töötate enam kui ühes raviasutuses  Määratud isiku nimi ja ametinimetus trükitähtedega:  Raviasutuse nimetus trükitähtedega:  Töökoha aadress:  E-post:  *Märkus. Kui töötate veel mõnes raviasutuses, lisage lehti.* |
| **2. osa –** *Täidab lepingut sõlmiv isik, kes töötab ainult füüsilisest isikust ettevõtjana.* |
| Kinnitan, et töötan ainult füüsilisest isikust ettevõtjana.  Allkiri: Kuupäev: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nimi trükitähtedega: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ametinimetus: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ettevõtte nimi ja juriidiline aadress: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Kutsekvalifikatsiooni ülevaade**

Järgnevalt küsitud teave on vajalik selleks, et tagada Teile kogemustele ja kvalifikatsioonile vastava töötasu maksmine. Vastates mõnele küsimusele jaatavalt võidakse Teilt paluda esitada CV. Juhul kui peate esitama CV, siis palume seal esitada ainult Teie kutsealase tegevusega otseselt seotud isikuandmed.

**Haridus**

Error! Missing test condition.

**Arsti- ja teadusalased kogemused**

Error! Missing test condition.

**Teadustöö ja publikatsioonid**

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

**Õpetamine ja nõustamine**

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

**Juhtimiskogemus, osalemine tervishoiualastes organisatsioonides või komiteedes**

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Allkirjastades annate nõusoleku oma andmete töötlemiseks dokumendi lõppu lisatud isikuandmekaitse teatises kirjeldatud viisil.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  |  | |

Error! Missing test condition.

**Eelistused, lepingu sõlmimine ja tasu**

Seoses teenuselepingu ja planeeritava ürituse ettevalmistamisega palume Teil täita alljärgnev vorm. Kuna võime ka edaspidi Teiega koostööd teha soovime Teie poolt esitatavad andmed salvestada Teie isiklikku kausta, et neid järgmistel kordadel vajadusel taas kasutada. Nii ei pea Te meile järgmisel korral sama teavet uuesti esitama.

Kui soovite ligipääsu isikuandmetele, mida Lilly Teie isiklikus kaustas säilitab, isikuandmeid muuta või kustutada, siis saate seda teha ise tervishoiutöötaja portaali kaudu või võttes meiega ühendust e-posti: Lilly\_Eesti\_CMS@lilly.com või telefoni: + 372 6817 280 teel.

**Kontaktandmed tööl**

(lepingu ja planeeritud ürituse ettevalmistamisega seotud teavituse jaoks)

Ees- ja perekonnanimi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aadress: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lauatelefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobiiltelefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faks: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-posti aadress sidepidamiseks ja maksete kinnitamiseks: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Palun märkige, milline on Teie eelistatuim sidepidamise viis juhuks, kui Lilly soovib Teiega ühendust võtta seoses teenuselepingu või ürituse ettevalmistamisega:

Internet & e-post              Lauatelefon Mobiiltelefon

**Maksed teenuselepingu alusel**

Teenuselepingu ettevalmistamiseks palun märkige, kes on lepingu allkirjastaja ning lisage, juhul kui see erineb ülaltoodud aadressist, samuti allkirjastaja aadress.

Mina (ülaltoodud aadress)

Minu äriühing

Äriühingu juriidiline aadress:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Maksed**

Palun märkige, kumb allakirjutanutest on tasu ja/või kuluhüvitiste saaja:

Mina (mina ise)

Minu äriühing

Palume Teil esitada oma pangakonto andmed:

Panga nimi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Panga aadress \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arvelduskonto IBAN kood \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Panga SWIFT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Maksualane teavitus (palun jätke tühjaks, kui see Teile ei kohaldu)**

Käibemaksukohustuslase nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Isikukood \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Äriregistrikood \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

## 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:

* Eli Lilly (Suisse) S.A. Eesti filiaal säilitab Teie andmed ja võib neid avaldada 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 Eli Lilly (Suisse) S.A. Eesti filiaali isikuandmekaitse töötajaga Marika Toom emailil: Toom\_Marika@lilly.com või telefonil +372 6817 280.

Allkirjastades annate oma nõusoleku Teie isikuandmete töötlemiseks teatises kirjeldatud viisil.