|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **<<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_Name>> <<Address\_GLBL\_Line\_1\_Adrs\_Txt\_GLBL>>**  **<<Address\_GLBL\_Zip\_Postal\_Code\_GLBL>> <<Address\_GLBL\_City\_GLBL>>**  **<<Address\_GLBL\_Adrs\_Cntry\_Cd\_GLBL>>** |  |  |
|  |  | <<Today\_\_s>> |

Arvoisa <<Account\_Title\_Desc\_GLBL>> <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_LastName>>,

Meillä on ilo aloittaa yhteistyö kanssasi lähitulevaisuudessa.

Voidaksemme aloittaa sopimuskäsittelyn ja turvata saumattoman yhteistyön, tarvitsemme Sinulta muutamia lisätietoja. Tällä varmistamme myös sen, että yhteistyömme vastaa lääketeollisuudelle asetettuja sääntöjä ja edellytyksiä.

Arvostamme aikaasi. Yksinkertaistaaksemme sopimuskäsittelyä, haluamme kerätä Sinua koskevat tiedot yhdellä kertaa ja säilyttää niitä tietosuojalain edellyttämällä tavalla. Tämä helpottaa ja nopeuttaa yhteistyötämme myös tulevaisuudessa.

Tämän lomakepaketin täyttäminen kestää noin 20 minuuttia. Paketti sisältää seuraavat kohdat:

* Palvelusopimus
* Yhteenveto ammatillisista tutkinnoista ja työkokemuksesta
* Julkistamisen suostumuslomake
* Osoite- ja pankkiyhteystiedot

Kiitämme tämän lomakepaketin täyttämiseen käyttämästäsi ajasta. Palautathan lomakepaketin Lillylle mahdollisimman pian. Mikäli Sinulla on kysyttävää tai huomautettavaa tähän liittyen, pyydämme ottamaan yhteyttä <<User\_Name>>. Täytetty tietopaketti voidaan palauttaa Lillylle

sähköpostilla: **Lilly\_Suomi\_CMS@lilly.com**

faksilla: **+358 9 8545 2515**

tai osoitteeseen:

**Oy Eli Lilly Finland Ab,**

**Laajalahdentie 23,**

**00330 Helsinki**

Ystävällisin terveisin,

<<User\_Name>>

Lilly Customer Meeting Services

|  |  |
| --- | --- |
| Hyvä <<Account\_Title\_Desc\_GLBL>> <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_LastName>>:  <<Today\_\_s>>  Oy Eli Lilly Finland Ab:lla (”Lilly”) on ilo tehdä yhteistyötä kanssasi ja kutsua Sinut luennoitsijaksi Lillyn järjestämään koulutustilaisuuteen/asiantuntijaksi.  Voimme kehittää innovatiivisia lääkkeitä potilaiden parhaaksi terveydenhuollon ammattilaisten kanssa tehtävällä yhteistyöllä. Lääkkeisiimme luottavat potilaat ovat riippuvaisia jokaisesta päivittäin tekemästämme päätöksestä ja teosta. Lilly on sitoutunut toimimaan eettisesti, rehellisesti ja noudattamaan kaikkia sovellettavissa olevia lakeja. Tämä on toimintamme ja toimialamme kannalta tärkeää luottamuksen ylläpitämiseksi.  Osana tätä sitoumusta Lilly lisää avoimuutta ja läpinäkyvyyttä Lillyn, terveydenhuollon ammattilaisten ja terveydenhuollon laitosten välillä ja informoi asianmukaista terveydenhuollon laitosta Sinun ja Lillyn välisestä yhteistyöstä (terveydenhuollon laitoksella tarkoitetaan tässä yhteydessä toimipaikkaa, josta saat palkkaa tai palkkioita). Uskomme, että avoimuus ja läpinäkyvyys on tärkeää luottamuksen ylläpitämiseksi ja mahdollisten epäilysten poistamiseksi siitä, että Lillyn ja terveydenhuollon ammattilaisten välisellä yhteistyöllä pyritään vaikuttamaan terveydenhuollon ammattilaisten lääkkeitä koskeviin päätöksiin tai potilaita koskeviin hoitopäätöksiin.  Pyydämme Sinua ilmoittamaan sen henkilön\* yhteystiedot toimipaikassasi (tai useampien henkilöiden yhteystiedot, mikäli toimipaikkoja on useita), jolla on oikeus edustaa ko. toimipaikkaa ja tehdä päätös siitä, voitko toimia yhteistyössä Lillyn kanssa luennoitsijana/asiantuntijana. Pyydämme ystävällisesti ilmoittamaan nämä tiedot lomakkeen kohdassa 1. Nimetylle henkilölle/henkilöille ilmoitetaan yhteistyöstäsi Lillyn kanssa ennen luennointia/palvelun suorittamista, mutta heiltä ei edellytetä tiedoksiannon osalta minkäänlaisia toimenpiteitä.  Jos olet itsenäinen ammatinharjoittaja, pyydämme ystävällisesti täyttämään lomakkeen kohdan 2.  Pyydämme Sinua ystävällisesti palauttamaan tämän lomakkeen täytettynä ja allekirjoitettuna Lillylle <<Form\_DateDue>> mennessä.  Autamme mielellämme mahdollisissa kysymyksissä.  <<User\_Name>>  **Lilly Customer Meeting Service**  Puh. 09 7252 2024  S-posti: Lilly\_Suomi\_CMS@lilly.com  \*Esimerkkejä nimetyistä henkilöistä ovat mm. osastopäällikkö, sairaalan hallintopäällikkö, yliopiston hallintopäällikkö, henkilöstöpäällikkö, johtava ylilääkäri | |
| **Osa 1 -** *Mikäli työskentelet useammassa kuin yhdessä terveydenhuollon laitoksessa, pyydämme ystävällisesti ilmoittamaan nimetyn henkilön nimen jokaisesta toimipaikasta.* |
| Ymmärrän, että Lilly ilmoittaa alla nimety(i)lle henkilö(i)lle yhteistyöstäni (luennointi/asiantuntijana toimiminen) Lillyn kanssa. *Muistathan informoida em. asiasta nimety(i)lle henkilö(i)lle.*  Allekirjoitus: Päiväys:  Nimi painokirjaimilla: Tehtävänimike:  Osoite:  Toimipaikka nro 1:  Nimi painokirjaimilla ja nimetyn henkilön tehtävänimike:  Terveydenhuollon laitoksen nimi painokirjaimilla:  Osoite:  Sähköposti:  Toimipaikka nro 2 soveltuvissa tapauksissa  Nimi painokirjaimilla ja nimetyn henkilön tehtävänimike:  Terveydenhuollon laitoksen nimi painokirjaimilla:  Osoite:  Sähköposti:  *Huom. Jos työskentelet useammissa toimipaikoissa, lisää toinen sivu.* |
| **Osa 2 –** Mikäli *olet itsenäinen ammatinharjoittaja, täytä ystävällisesti osa 2.* |
| Vahvistan, että olen itsenäinen ammatinharjoittaja.  Allekirjoitus: Päiväys:  Nimi painokirjaimilla:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tehtävänimike: Tehtävänimike: |

**Tietosuojaseloste ja suostumus**

Tässä lomakkeessa pyydetään, että ilmoitat Oy Eli Lilly Finland Ab:lle (”Lilly”) tiettyjä henkilötietoja itsestäsi. Tällaisia tietoja ovat mm. nimesi ja yhteystietosi. Lilly käyttää henkilötietojasi ainoastaan tässä lomakkeessa kuvattuun tarkoitukseen toimiessasi Lillyn kanssa yhteistyössä luennoitsijana/asiantuntijana. Alla on lyhyt kuvaus siitä, miten Lilly käsittelee tietojasi.

• Lilly säilyttää tietosi ja voi antaa ne niiden Lillyn työntekijöiden käyttöön, joiden työtehtävät kohtuullisessa määrin edellyttävät näiden tietojen käyttöä.

• Lilly voi käyttää kolmansia osapuolia säilyttämään ja päivittämään näitä tietoja Yhdysvalloissa tai muissa maissa, joiden tietosuojan taso ei välttämättä vastaa oman asuinmaasi tietosuojan tasoa. Lilly kuitenkin edellyttää, että nämä tahot sitoutuvat sopimuksin turvaamaan tietosuojan riittävän tason ja että antamiasi tietoja käytetään ainoastaan siihen tarkoitukseen, joka on kuvattu tässä tietosuojaselosteessa ja lomakkeessa.

• Mikäli Lilly havaitsee mahdollisia ongelmia, ilmoittamiasi tietoja saatetaan toimittaa Lillyn ulkopuolisille tahoille; lakimiehille ja/tai asiankuuluvaa sääntelyä valvoville koti- ja ulkomaisille viranomaisille.

• Lilly saattaa ilmoittaa tietojasi vastatakseen valtion viranomaisten tietopyyntöihin tai silloin, kun laki niin vaatii.

• Lilly säilyttää tietojasi niin pitkään kuin se on tarpeellista yllä kuvattua tarkoitusta varten tai niin kauan kuin laki niin vaatii.

Sinulla on tietosuojalainsäädännön mukainen oikeus saada tiedot Sinua koskevista tiedoista ja siitä, miten Lilly käsittelee niitä. Sinulla on myös oikeus korjata väärät tai puutteelliset tietosi. Jos haluat nähdä, muuttaa tai poistaa Lillyn Sinusta säilyttämiä tietoja, ota yhteyttä Lillyn Eettisistä Toimintaperiaatteista vastaavaan henkilöön, Oy Eli Lilly Finland Ab, Laajalahdentie 23, 00330 Helsinki, puh. 09-8545250.

Allekirjoittamalla tämän lomakkeen suostut henkilötietojesi keräämiseen ja käsittelyyn tässä tietosuojaselosteessa kuvatun mukaisesti.

**Ammatillinen pätevyys**

Tämän kyselylomakkeen tarkoituksena on varmistaa, että ammatilliset tutkintosi ja työkokemuksesi huomioidaan asianmukaisesti korvauksessasi. Lillyn maksamat palkkiot terveydenhoitoalan ammattilaisille perustuvat tietoon käyvästä markkina-arvosta. Alla oleviin kysymyksiin antamiesi vastausten perusteella voimme mahdollisesti pyytää Sinua toimittamaan ansioluettelosi (CV).

**Akateeminen Koulutus**

Error! Missing test condition.

**Lääketieteellinen kokemus/Tutkimuskokemus**

**Tutkimus ja Julkaisut**

**Opetustoimi/ asiantuntijaryhmän jäsenyys**

**Johtavassa asemassa toimiminen terveydenhuoltoalan laitoksessa tai yhdistyksessä**

**Suostumuslomake**

**Tietojen käsittely ja julkistaminen Oy Eli Lilly Finland Ab:n (’Lilly’) julkisessa tietokannassa**

Arvoisa <<Account\_Title\_Desc\_GLBL>> <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_LastName>>,

Lilly on lääkealan yrityksenä ja Lääketeollisuus ry:n jäsenenä sitoutunut noudattamaan EFPIA/PIF säännöstöä ”Lääketeollisuuden eettiset ohjeet” (‘**Säännöstö**). Tämä säännöstö edellyttää läpinäkyvyyttä ja avoimuutta Lääkealan yritysten antamien taloudellisten etuuksien osalta, joiden vastaanottajina ovat terveydenhuollon ammattilaiset ja organisaatiot. Taloudellisen yhteistyön julkistamisen päätavoitteena on yhdessä lisätä avoimuutta ja läpinäkyvyyttä lääkealalla.

Julkaisut tehdään vuositasolla ja raportoinnin ajanjakso kattaa kokonaisen kalenterivuoden (“**Raportointiaika**”).  Ensimmäinen Raportointiaika kattaa tiedot kalenterivuodelta 2015; vuoden 2015 raportin julkaisu tapahtuu vuoden 2016 puolivälissä ja vuoden 2016 tietojen raportti julkaistaan vuoden 2017 puolivälissä.

Tällä lomakkeella voin antaa suostumukseni Lillyltä saamieni taloudellisten etuuksien arvojen julkistamiseen Lillyn julkisessa tietokannassa internetissä (www.lilly.fi).

Julkistettavia tietoja ovat seuraavat yrityksen hallussa olevat tiedot:

* Rekisteröidyn etu- ja sukunimi
* Rekisteröidyn pääasiallinen työpaikka ja sen osoite
* Etuuden arvo (kustannus Lillylle)
* Etuuden jakautuminen julkistettaviin kategorioihin:
* Tapahtumakustannuksiin osallistuminen
* rekisteröintimaksut
* matka- ja majoituskustannukset
* Palvelu- ja konsulttipalkkiot

Etuuden arvo määritellään sen mukaan, mikä sen kustannus on ollut yritykselle (Lilly).

Lilly säilyttää tietoja 5 vuotta ja yrityksen julkisessa tietokannassa niitä pidetään 3 vuoden ajan. Rekisteröidyllä on oikeus tarkistaa ja korjata itseään koskevien tietojen paikkansapitävyys.

Suostumuksen antaminen on vapaaehtoista ja se on mahdollista peruuttaa milloin tahansa erillisellä ilmoituksella. Jos suostumusta ei anneta tai se peruutetaan, tiedot julkaistaan tietokannassa saajaa yksilöimättä siten, ettei yksittäinen etuuden vastaanottaja ole tunnistettavissa.

Suostun

En suostu

yllämainittujen itseäni koskevien tietojen julkistamiseen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Päiväys)                                                            (Allekirjoitus)

**Sopimus- ja pankkiyhteystiedot**

Tarvitsemme seuraavat tiedot sopimuksen valmistelua ja maksujärjestelyjä varten. Tallennamme antamasi tiedot henkilökohtaiseen profiiliisi helpottaaksemme yhteistyötämme myös tulevaisuudessa. Sinulla on tietosuojalainsäädännön mukainen oikeus saada tiedot Sinua koskevista tiedoista ja siitä, miten Lilly käsittelee niitä. Sinulla on myös oikeus korjata väärät tai puutteelliset tietosi. Jos haluat nähdä, muuttaa tai poistaa Lillyn Sinusta säilyttämiä tietoja, voit tehdä sen HCP-portaalin kautta tai ottamalla yhteyttä Lillyn Eettisistä Toimintaperiaatteista vastaavaan henkilöön, Oy Eli Lilly Finland Ab, Laajalahdentie 23, 00330 Helsinki, puh. 09-8545250.

**Yhteystiedot**

**Error! Missing test condition.**

**Error! Missing test condition.**

**Error! Missing test condition.**

**Error! Missing test condition.**

**Error! Missing test condition.**

**Error! Missing test condition.**

**Error! Missing test condition.**

**Error! Missing test condition.**

**Error! Missing test condition.**

**Error! Missing test condition.**

**Error! Missing test condition.**

**Error! Missing test condition.**

Merkitse toivottu yhteydenottotapa, jos Lilly haluaa tavoittaa Sinut sopimuksen valmisteluun tai matkajärjestelyihin liittyen

Web & S-post

Puhelin

GSM

Faksi

**Sopimuksen osapuolet**

Valitse allekirjoittava(t) osapuoli(/ osapuolet) sekä ilmoita osoite mikäli se eroaa yllämainitusta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Osapuoli** |  | Nimi ja Osoite |
|  | Nimeni | (osoite sama kuin yllä) |
|  | Toiminimeni | (lisää osoite, mikäli eri kuin yllä)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Yritys | (osoite sama kuin yllä) (Huomioithan, että valitessasi tämän vaihtotoehdon, valitse kolmanneksi osapuoleksi myös ”Nimeni”) |

**Maksu**

Merkitse osapuoli, joka vastaanottaa palkkiot ja/tai kulukorvaukset:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nimeni |
|  | Toiminimeni |
|  | Yritys |

**Pankki:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pankin Nimi | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Pankin Osoite | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tilinumero (IBAN) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| BIC/SWIFT koodi | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Vero- ja sotutiedot**

|  |  |
| --- | --- |
| SOSIAALITURVATUNNUS | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| YRITYKSEN Y-TUNNUS | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Huomio:*** *Toimitathan meille sivutuloverokorttisi viimeistään viikon kuluttua ensimmäisen palvelun suorittamisesta. Muutoin pidätämme sivutuloveroa 60 %.*

*Mikäli olet itsenäinen ammatinharjoittaja, ilmoita ystävällisesti, oletko:*

|  |  |
| --- | --- |
|  | *ennakkoverovelvollinen* |
|  | *alv-velvollinen* |

*Toimitathan myös erillisen laskun jokaisesta suorittamastasi palvelusta.*

*Mikäli kolmantena sopimusosapuolena on Yritys, on sen toimitettava lasku jokaisesta Asiantuntijan suorittamasta palvelusta Palvelusopimuksessa sovitun palkkion mukaisesti ja kulloinkin voimassa olevan arvonlisäveron mukaisella lisäyksellä.*

Allekirjoitus: Päiväys: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tietosuojaseloste ja suostumus**

Tässä lomakkeessa pyydetään, että ilmoitat Oy Eli Lilly Finland Ab:lle (”Lilly”) tiettyjä henkilötietoja itsestäsi. Tällaisia tietoja ovat mm. nimesi ja yhteystietosi. Lilly käyttää henkilötietojasi ainoastaan tässä lomakkeessa kuvattuun tarkoitukseen toimiessasi Lillyn kanssa yhteistyössä luennoitsijana/asiantuntijana. Alla on lyhyt kuvaus siitä, miten Lilly käsittelee tietojasi.

• Lilly säilyttää tietosi ja voi antaa ne niiden Lillyn työntekijöiden käyttöön, joiden työtehtävät kohtuullisessa määrin edellyttävät näiden tietojen käyttöä.

• Lilly voi käyttää kolmansia osapuolia säilyttämään ja päivittämään näitä tietoja Yhdysvalloissa tai muissa maissa, joiden tietosuojan taso ei välttämättä vastaa oman asuinmaasi tietosuojan tasoa. Lilly kuitenkin edellyttää, että nämä tahot sitoutuvat sopimuksin turvaamaan tietosuojan riittävän tason ja että antamiasi tietoja käytetään ainoastaan siihen tarkoitukseen, joka on kuvattu tässä tietosuojaselosteessa ja lomakkeessa.

• Mikäli Lilly havaitsee mahdollisia ongelmia, ilmoittamiasi tietoja saatetaan toimittaa Lillyn ulkopuolisille tahoille; lakimiehille ja/tai asiankuuluvaa sääntelyä valvoville koti- ja ulkomaisille viranomaisille.

• Lilly saattaa ilmoittaa tietojasi vastatakseen valtion viranomaisten tietopyyntöihin tai silloin, kun laki niin vaatii.

• Lilly säilyttää tietojasi niin pitkään kuin se on tarpeellista yllä kuvattua tarkoitusta varten tai niin kauan kuin laki niin vaatii.

Sinulla on tietosuojalainsäädännön mukainen oikeus saada tiedot Sinua koskevista tiedoista ja siitä, miten Lilly käsittelee niitä. Sinulla on myös oikeus korjata väärät tai puutteelliset tietosi. Jos haluat nähdä, muuttaa tai poistaa Lillyn Sinusta säilyttämiä tietoja, ota yhteyttä Lillyn Eettisistä Toimintaperiaatteista vastaavaan henkilöön, Oy Eli Lilly Finland Ab, Laajalahdentie 23, 00330 Helsinki, puh. 09-8545250.

Allekirjoittamalla tämän lomakkeen suostut henkilötietojesi keräämiseen ja käsittelyyn tässä tietosuojaselosteessa kuvatun mukaisesti.

Allekirjoitus: Päiväys: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_