**Incarico**

|  |
| --- |
| Data: **<<Today\_\_s>>**  **<<Account\_MERC\_Title\_Desc\_GLBL>>**  **<<Account\_MERC\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_MERC\_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>>**  Questo ordine di acquisto fa espresso riferimento all’Accordo Quadro per la fornitura di Servizi di Consulenza Scientifica fra Lilly e il Professionista Sanitario ed è soggetto ai termini e alle condizioni in esso previste.  **Lilly desidera confermare che il Professionista Sanitario realizzerà il seguente Servizio per Lilly:** |

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
|  |

**Error! Missing test condition.**

|  |
| --- |
| Incontro: **<<Meeting\_MERC\_Name>>**  Argomento: **<<Meeting\_Participant\_MERC\_Topic\_Area\_MERC>>**  Data dell’incontro: **<<Meeting\_MERC\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>>**  Città: **<<Meeting\_MERC\_City\_of\_Meeting\_MERC>>**  Altro (Opzionale): <<Form\_Additional requirements>> |

|  |
| --- |
|  |

I seguenti termini sono applicabili al Servizio:

|  |
| --- |
|  |

=

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

=

|  |
| --- |
|  |

=

|  |
| --- |
|  |

=

Cordiali Saluti,

Eli Lilly Italia S.p.A.

Un procuratore

**Richiesta Autorizzazione Preventiva all’Ente**

Io Sottoscritto **<<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_Name>>**

:           necessitare 

:           necessitare 



Dichiaro di:         **necessitare;          non  necessitare** dell’autorizzazione del mio datore di lavoro/ente di appartenenza, per le attività di Relatore o Moderatore a Convegni e Congressi, **e comunque per le attività oggetto della presente proposta**, in virtu’ di quanto disposto:

* dalla Legge 30 Dicembre 2010, N. 240 “Norme in materia di organizzazione delle universita', di personale accademico e reclutamento, nonche' delega al Governo per incentivare la qualita' e l'efficienza del sistema universitario”, e/o
* dal D. Lgs. 165/2001 (Testo unico sul pubblico impiego), e/o
* dal Contratto Collettivo Nazionale della Dirigenza Medica o della Categoria Professionale di appartenenza, oppure dal Contratto di Lavoro Aziendale e/o dal Regolamento di Ateneo/Dipartimento o altro tipo di Contratto di Lavoro in vigore con il mio Ente.

|  |
| --- |
| [DOCUSIGN-HCP-SIGN]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Professionista sanitario |

Le dichiarazioni di cui sopra sono rilasciate sotto la mia responsabilità ed in virtù di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 relativo alla veridicità delle informazioni rilasciate.