|  |  |
| --- | --- |
| <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_Name>>  <<Form\_Company\_Name\_\_Or\_HCO>>  <<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>> |

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

Tam, kad galėtume paruošti paslaugų sutartį ir tinkamai vykdyti sutartinius įsipareigojimus bei LR įstatymų ir farmacijos pramonės taisyklių reikalavimus, mums reikalinga tam tikra Jūsų informacija. Todėl prašome užpildyti pridedamus dokumentus:

* Dėl pranešimo apie sveikatos priežiūros specialisto teikiamas paslaugas;
* Informacija apie Jūsų profesinę kvalifikaciją;
* Jūsų pageidavimai ir sutarties sudarymui bei vykdymui reikalinga informacija.

Jūsų pateiktą informaciją mes saugosime savo duomenų bazėse ir prireikus panaudosime ją sudaryti su Jumis ne tik šią, bet ir kitas sutartis.

Iš anksto dėkojame už Jūsų laiką, skirtą šios informacijos pateikimui, ir prašytume užpildytus dokumentus grąžinti Lilly kaip galima greičiau Jums patogiu būdu:

* perduodant užpildytus ir pasirašytus dokumentus Jūsų Lilly atstovui.
* siunčiant užpildytus, pasirašytus ir nuskenuotus dokumentus el.paštu

Lilly\_Lietuva\_CMS@lilly.com

* siunčiant užpildytus ir pasirašytus dokumentus faksu nr. +370 5 264 9615
* siunčiant užpildytus ir pasirašytus dokumentus paštu:

UAB „Eli Lilly Lietuva“

Gynėjų g. 16

01109 Vilnius

Lietuva

Jei turėtumėte klausimų, nedvejodami kreipkitės į mus tel.nr. +370 5 264 9608 ar el.paštu Lilly\_Lietuva\_CMS@lilly.com.

Su pagarba

Birutė Kiuberienė

UAB “Eli Lilly Lietuva” administratorė

**Dėl pranešimo apie sveikatos priežiūros specialisto teikiamas paslaugas**

|  |
| --- |
| UAB „Eli Lilly Lietuva“ („Lilly“) kviečia Jus <<from\_ServiceProvided>>. Mes tikime, kad tik dirbdami kartu galėsime gerinti pacientų priežiūrą Lietuvoje.  Jei sutinkate priimti mūsų kvietimą, „Lilly“ informuos Jūsų darbovietę (-es) apie mūsų bendradarbiavimą. „Lilly“ laikosi galiojančių įstatymų, etikos ir skaidrumo principų bei gerbia kiekvieno asmens teisę į privatų gyvenimą. Ši iniciatyva yra skirta užtikrinti skaidrius profesinius santykius. Ją paskatino augantis visuomenės ir valdžios institucijų dėmesys farmacijos kompanijų santykiams su sveikatos priežiūros specialistais bei mūsų siekis išvengti bet kokių abejonių dėl „Lilly“ įtakos sprendimams, susijusiems su pacientais ir jų gydymu. Todėl, jei sutinkate teikti sutartas paslaugas:  1. Jei dirbate viešojoje ar privačioje sveikatos priežiūros įstaigoje, prašome toliau (1-oje dalyje) informuoti „Lilly“ apie savo vadovą (-us) kiekvienoje iš darboviečių (pvz., tokie asmenys gali būti skyriaus vadovas, ligoninės administratorius, poliklinikos vadovas, direktoriaus pavaduotojas medicinai ir pan.). Prieš pasirašant sutartį dėl paslaugų teikimo Jūsų vadovas (-ai) bus informuotas (-i) apie mūsų bendradarbiavimą. Jokia platesnė informacija (pvz., atlygis už paslaugas ir pan.) nurodoma nebus. Atsakymo iš šių asmenų nebus prašoma. Prie šio pranešimo pridedame laišką, kuris bus siunčiamas Jūsų nurodytam (-iems) asmeniui (-ims).  Jei pageidaujate asmeniškai informuoti savo vadovą (-us) apie mūsų bendradarbiavimą, prašome jam (jiems) pateikti šią formą ir grąžinti ją „Lilly“ atstovui su parašu (-ais), patvirtinančiu (-iais) apie gautą informaciją.  2. Jei užsiimate tik privačia praktika, prašome tai pažymėti 2 dalyje.  Užpildytą dokumentą prašome grąžinti „Lilly“ atstovui ne vėliau kaip likus 1 mėnesiui iki renginio.  Pateikta informacija apie Jūsų vadovus bus saugoma „Lilly“ ir gali būti vėliau naudojama sudarant paslaugų ar paramos į mokslinius renginius sutartis. |
| **1 dalis –** jei dirbate keliose įstaigose, maloniai prašome nurodyti savo vadovą kiekvienoje iš jų. |
| **Įstaiga Nr. 1**:  Įstaigos pavadinimas (spausdintinėmis raidėmis) ir adresas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vadovo vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vadovo darbo elektroninis paštas (nurodyti, tik jei informaciją pageidaujama siųsti elektroniniu laišku): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vadovo parašas (taikoma, tik jei vadovą pageidaujate informuoti asmeniškai)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Įstaiga Nr. 2 (jei dirbate daugiau kaip vienoje darbovietėje):**  Įstaigos pavadinimas (spausdintinėmis raidėmis) ir adresas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vadovo vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vadovo darbo elektroninis paštas (nurodyti, tik jei informaciją pageidaujama siųsti elektroniniu laišku): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vadovo parašas (taikoma, tik jei vadovą pageidaujate informuoti asmeniškai)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Jei dirbate keliose įstaigose, prašome pridėti papildomą puslapį.* |
| **2 dalis –** taikoma, jei esate privačia praktika besiverčiantis sveikatos priežiūros specialistas. |
| Patvirtinu, kad užsiimu tik privačia praktika (nedirbu jokiose kitose sveikatos priežiūros įstaigose)  Parašas: Data:  Vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pareigos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Pasirašydamas žemiau:***   * patvirtinu, kad priimu „Lilly“ kvietimą teikti paslaugas šiame pranešime nurodytomis sąlygomis; * sutinku, kad apie mano teikiamas paslaugas būtų informuotas (-i) mano vadovas (-ai) ir patvirtinu, kad toks mano sutikimas yra duotas laisva valia; * sutinku ir suprantu, kad vadovas (-ai) gali būti informuotas (-i) ir apie mano bendradarbiavimą su „Lilly“ ne darbo metu; * sutinku, kad „Lilly“ naudotų pateiktus asmens duomenis kaip nurodyta pranešime dėl asmens duomenų apsaugos.   Parašas: Data:  Vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis): \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pareigos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kontaktinis adresas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Informacija apie Jūsų profesinę kvalifikaciją**

Lilly mokamas autorinis honoraras už suteiktas paslaugas yra paremtas paslaugų teikėjo profesine kvalifikacija bei nustatomas remiantis vidinėmis Lilly taisyklėmis. Lilly prašo Jūsų sutikimo ir bendradarbiavimo renkant reikiamus duomenis, t.y. atsakyti į žemiau pateiktus klausimus, susijusius su Jūsų profesine veikla. Tam tikrais atvejais taip pat prašome pateikti mums savo CV (CV nereikia nurodyti jokios su profesine veikla tiesiogiai nesusijusios informacijos, pvz., gimimo data, šeimos statusas ir pan.).

**Profesinė specializacija**

Error! Missing test condition.

**Profesinė patirtis**

Error! Missing test condition.

**Klinikiniai tyrimai ir publikacijos**

Error! Missing test condition.

**Akademinė ir konsultavimo veikla**

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

**Vadovavimo patirtis ir dalyvavimas profesinių asociacijų, mokslinių grupių veikloje**

Pažymėkite Jums tinkamą:

Pasirašydamas žemiau sutinku, kad Lilly naudotų ir saugotų pateiktą informaciją kaip nurodyta Pranešime dėl asmens duomenų apsaugos dokumento pabaigoje.

Parašas: Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jūsų pageidavimai ir sutarties sudarymui bei vykdymui reikalinga informacija**

Žemiau prašome Jūsų pateikti informaciją, kuri mums yra reikalinga sudaryti ir vykdyti paslaugų sutartį bei prireikus organizuoti su paslaugos teikimu susijusią logistiką.

Jei pageidausite pakeisti ar atnaujinti čia pateiktus duomenis, tą galite visada padaryti susisiekdami su mumis el. paštu Lilly\_Lietuva\_CMS@lilly.com arba tel. nr. +370 5 264 9608.

**Jūsų kontaktai informacijai apie sutartį:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vardas pavardė: | |  | | |
| Adresas: | |  | | |
| Tel. nr.: | |  | Mob. Nr.: |  |
| Fakso nr.: |  | | | |
| El. pašto adresas: |  | | | |

Kuriuo būdu pageidautumėte, kad Lilly su Jumis susisiektų dėl sutarties paruošimo ir kitos su paslaugų teikimu susijusios informacijos?

El. paštu  
Telefonu

Mobiliuoju telefonu

Tik per Lilly atstovą

**Informacija paslaugų apmokėjimui**

Prašome nurodyti informaciją, kuri bus reikalinga apmokėti sutartas paslaugas:

**Mokėjimo būdas (pasirinkite vieną iš tinkamų variantų):**

* **1 būdas. SPS neturi individualios veiklos pažymėjimo/verslo liudijimo**

Lilly sumokamas ir atskaitomas gyventojų pajamų mokestis (GPM): **15 %**

Lilly atskaitomi ir sumokami privalomojo sveikatos draudimo (PSD) ir valstybinio socialinio draudimo (VSD) mokesčiai:

* SPS nedalyvauja pensijų kaupimo sistemoje 2+1+1: **9%**
* SPS dalyvauja pensijų kaupimo sistemoje 2+1+1: **10%**
* **2 būdas. SPS turi individualios veiklos pažymėjimą/verslo liudijimą**

SPS sumoka nuo atlygio sumos apskaičiuotą GPM; PSD ir VSD mokesčius biudžetui.

SPS yra įregistruotas PVM mokėtoju:

🞎 **TAIP** (prie sutarto atlygio pridedamas PVM)

🞎 **NE**

**Prašome nurodyti gavėjo informaciją:**

Gavėjo vardas pavardė:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gavėjo adresas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banko pavadinimas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banko sąskaitos numeris (IBAN):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banko SWIFT kodas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informacija reikalinga mokesčių ir sąskaitų apmokėjimui**

Gavėjo a/k: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soc. draudimo numeris:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PVM mokėtojo kodas (jei taikoma): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parašas: Data:

## \*Pranešimas dėl asmens duomenų apsaugos

„Lilly“ naudos Jūsų pateiktus asmens duomenis tik siekdama sudaryti ir vykdyti paslaugų sutartį. Toliau pateikiame trumpą informaciją apie tai, kaip asmens duomenys bus tvarkomi:

* Jūsų pateikti asmens duomenys bus saugomi „Lilly“ ne ilgiau nei 7 metus po sutarties įvykdymo arba ilgiau, jei ilgesnis terminas nustatytas LR įstatymų. Prieigą prie jų turės tik tie „Lilly“ darbuotojai, kurie yra įgalioti tvarkyti tokią informaciją.
* Siekdama išsaugoti ir prireikus atnaujinti pateiktus duomenis, „Lilly“ gali pasitelkti kitų šalių įmones, su kuriomis „Lilly“ sudarys atitinkamas sutartis, įpareigojančias išlaikyti perduotų duomenų konfidencialumą ir nenaudoti jų kitais nei šiame pranešime nurodytais tikslais.
* Nustačius galimus sutarties pažeidimus, Jūsų pateikta informacija gali būti perduota nepriklausomiems „Lilly“ teisiniams konsultantams ir (arba) atitinkamoms priežiūros institucijoms. Remiantis „Lilly“ audito praktika ir tvarka, šiuos dokumentus gali peržiūrėti „Lilly“ arba nepriklausomi auditoriai.
* „Lilly“ privalės perduoti Jūsų asmeninę informaciją, jei to, remiantis LR įstatymais, pareikalautų valstybinės institucijos

Jei pageidautumėte patikrinti arba radę netikslumų pakeisti ar ištrinti „Lilly“ saugomus Jūsų asmens duomenis, prašome kreiptis į „Lilly“ el. paštu petronyte\_ieva@lilly.com ar tel. tel. nr. 8-5 246 1522.