|  |
| --- |
| <<Today\_\_s>> |
| **<<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>>**  **<<Address\_GLBL\_Adrs\_Cntry\_Cd\_GLBL>>** | |  |  |
|  | |  |  |

# Sutartis dėl paramos dalyvauti moksliniuose renginiuose

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

UAB „Eli Lilly Lietuva“ („Lilly“) padengs Jūsų dalyvavimo [<<Meeting\_MERC\_Name>>, kuris įvyks <<Meeting\_MERC\_Start\_Date\_Meeting\_Time\_Zone\_MERC>>, išlaidas. „Lilly“ teikia šią paramą siekdama remti gydytojų tobulinimąsi ir taip prisidėti gerinant pacientų sveikatos priežiūros kokybę.

Norime informuoti, kad „Lilly“ padengs <<Form\_travelinfo>> <<Form\_accommodation and meal costs for your registration>> mokesčius. Šios išlaidos bus apmokamos „Lilly“ tiesiogiai organizatoriui arba paslaugos teikėjui. „Lilly“ neapmokės su pramogomis ar dovanomis susijusių išlaidų, išskyrus tas, kurias renginio organizatorius yra numatęs bendroje programoje.

Jei sutinkate priimti „Lilly“ kvietimą dalyvauti minėtame renginyje, „Lilly“ informuos Jūsų vadovą (-us) apie teikiamą paramą. „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.

**Jei sutinkate pasirašyti šią sutartį, prašome:**

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.). Jūsų nurodytiems asmenims bus pranešta apie „Lilly“ teikiamą paramą prieš renginio pradžią. Atsakymo iš šių asmenų nebus prašoma. Prie šios sutarties 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 sutartį „Lilly“ atstovui su parašu (-ais), patvirtinančiu (-iais) apie gautą informaciją.

2. Jei užsiimate tik privačia praktika, prašome tai pažymėti 2 dalyje.

Užpildytą sutartį prašome grąžinti „Lilly“ atstovui ne vėliau kaip likus 1 mėnesiui iki renginio.

Jūsų pateikta informacija apie savo vadovą (-us) bus saugoma Lilly tam, kad ateityje, galimai teikiant paramą į kitus renginius, Jums nereikėtų dar kartą mums pateikti tos pačios informacijos.

|  |
| --- |
| **1 dalis –** jei dirbate keliose įstaigose, maloniai prašome nurodyti kiekvienos iš jų vadovą. |
| **Įstaiga Nr. 1**:  Vadovo vardas pavardė ir pareigos (spausdintinėmis raidėmis):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Įstaigos pavadinimas (spausdintinėmis raidėmis):  Įstaigos adresas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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):**  Vadovo vardas pavardė ir pareigos (spausdintinėmis raidėmis):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Įstaigos pavadinimas (spausdintinėmis raidėmis):  Įstaigos adresas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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: |

## Pranešimas dėl asmens duomenų apsaugos

„Lilly“ naudos Jūsų pateiktus asmens duomenis tik siekdama suteikti minėtą paramą dalyvauti moksliniame renginyje. Toliau pateikiame trumpą informaciją apie tai, kaip asmens duomenys bus tvarkomi:

1. Jūsų pateikti asmens duomenys bus saugomi „Lilly“ ne ilgiau nei 7 metus po sutarties įvykdymo. Prieigą prie jų turės tik tie „Lilly“ darbuotojai, kurie yra įgalioti tvarkyti tokią informaciją
2. 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.
3. 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.
4. „Lilly“ privalės perduoti Jūsų asmeninę informaciją, jei to, remdamosi LR įstatymais, pareikalautų valstybinės institucijos.

Jei pageidautumėte patikrinti arba radę netikslumų pakeisti ar ištrinti „Lilly“ saugomus Jūsų asmens duomenis, prašome kreiptis į „Lilly“ tel. nr. 8 5 246 1522 ar elektroniniu paštu [petronyte\_ieva@lilly.com](mailto:petronyte_ieva@lilly.com).

***Pasirašydamas žemiau:***

* patvirtinu, kad priimu „Lilly“ teikiamą paramą šioje sutartyje nurodytomis sąlygomis;
* sutinku, kad apie šią paramą 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 „Lilly“ suteikiamą paramą dalyvauti moksliniuose renginiuose ne darbo metu;
* sutinku, kad „Lilly“ naudotų pateiktus asmens duomenis kaip nurodyta pranešime dėl asmens duomenų apsaugos;
* sutinku, kad „Lilly“ deklaruotų šios sutarties pagrindu suteiktą paramą Vaistų rinkodaros etikos komisijos internetiniame puslapyje bei Valstybinei vaistų kontrolės tarnybai prie LR Sveikatos apsaugos ministerijos, kaip to reikalauja Inovatyvios farmacijos pramonės asociacijos bei Vaistų gamintojų asociacijos priimtas Vaistų rinkodaros etikos kodeksas ir galiojantys LR teisės aktai.

Parašas: Data:

Vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pareigos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktinis adresas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

„Lilly“ kontaktinė informacija

UAB „Eli Lilly Lietuva“, tel.nr. +370 5 264 9608, e-paštas Lilly\_Lietuva\_CMS@lilly.com

Lilly atstovo vardas, pavardė: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_