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

Kjære <<Account\_Name>>,

Vi takker for ditt engasjement og ser frem til å samarbeide med deg i nærmeste fremtid.

For å kunne forberede kommende kontrakt vil vi gjerne be deg om noe informasjon, slik at vi kan samarbeide og samtidig overholde industriens regler og avtaler.

Vi setter stor pris på din tid. For å forenkle kontraktprosessen vil vi gjerne innhente dine opplysninger én gang for dette og fremtidige samarbeid, slik at vi ved evt. fremtidige oppdrag kan unngå å spørre etter samme informasjon på nytt.

Det vil ta ca. 20 minutter å fylle ut vedlagte skjemaer. Informasjon oppgitt av deg vil bli arkivert med hensyn på fremtidige samarbeid. Følgende skjemaer er vedlagt til utfylling:

* Underrettelse til din leder om vårt samarbeid;
* Yrkesrelatert informasjon;
* Samtykke til publisering;
* Kontaktinformasjon;
* Informasjon for utbetaling av honorar og betalingsinformasjon.

Vi takker for din tid, og ber deg vennligst returnere utfylte skjemaer til oss så snart som mulig per e-mail: Lilly\_Norge\_CMS@lilly.com, faks: 22 88 18 50 eller post: Eli Lilly Norge AS, Postboks 6090 Etterstad, 0601 Oslo.

Med vennlig hilsen,

<<User\_Name>>

Lilly Customer Meeting Services

Tlf: 23 02 49 42

E-mail: Lilly\_Norge\_CMS@lilly.com

**Underrettelse til din leder om vårt samarbeid**

|  |
| --- |
| Eli Lilly Norge AS er glad for å kunne samarbeide med deg som en anerkjent ekspert innenfor dit fagområde. Gjennom samarbeid med helsepersonell kan vi øke våre muligheter å utvikle innovativ medisin som kan hjelpe pasienter. Pasienter som er avhengige av Lillys medisiner, er avhengig av de beslutningene og handlingene som hver og en av oss foretar på daglig basis. Vi er innstilt på å drive virksomhet på en ansvarlig å etisk måte og være ledende i forhold til åpenhet som er viktig for å bygge opp og vedlikeholde tilliten til vår industri.  Som en del av vårt samarbeid med helsepersonell, informerer Lilly relevante arbeidsgivere når vi inngår kontrakt med deres ansatte.  Vi tar dette steget for å være proaktive, siden vi forutser strengere lovgivning og økt offentlig kontrol på området. Derfor ønsker vi å være åpne vedrørende vårt samarbeid.  Før vi inngår en ny kontrakt med deg, ber vi om at du oppgir en person\* på hver institusjon du er ansatt, som har fullmakt til å representere eller ta beslutninger på vegne av institusjonen. Vennligst oppgi denne informasjonen i del 1 av skjemaet under. Disse angitte personer vil bli informert om ditt planlagte samarbeid med Lilly før vi begynner å arbeide sammen. Selv om det ikke kreves noe svar fra disse personene, er de velkomne til å kontakte Lilly hvis de skulle ha spørsmål. Dersom du utelukkende driver med privat praksis, vennligst fyll ut del 2.  \* Din angitte person kan for eksempel være en avdelingsleder, klinikkleder eller lignende. |
| **Del 1 –** *Dersom du er ansatt i flere helseorganisasjoner, vennligst oppgi informasjon om dine ledere på hver arbeidsplass.* |
| \* Jeg samtykker at Lilly informerer min(e) leder(e) som er angitt under om tjeneste jeg vil yte til Lilly i henhold til en inngått tjenesteavtale.  Underskrift: Dato:  Navn: Stilling:  (BLOKKBOKSTAVER)  **Arbeidsplass #1:**  Din leders navn og stilling:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (BLOKKBOKSTAVER)  Din leders arbeidsplass: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (BLOKKBOKSTAVER)  Adressen til arbeidsplassen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Din leders e-postadresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Arbeidsplass #2:**  Din leders navn og stilling: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       (BLOKKBOKSTAVER)  Din leders arbeidsplass: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (BLOKKBOKSTAVER)  Adressen til arbeidsplassen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Din leders e-postadresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  OBS: Dersom du jobber ved flere arbeidsplasser, vennligst legg ved en side til. |
| **Del 2 –** *Skal fylles ut, dersom du kun driver med privat praksis.* |
| Jeg bekrefter at jeg kun driver privat praksis og/eller er ansatt i mitt eget foretak.  Underskrift: Dato:  Navn:  (BLOKKBOKSTAVER) Virksomhetsnavn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Yrkesrelatert informasjon**

Lilly etterspør denne informasjonen for å sikre at din utdanning og erfaring gjenspeiles i din kompensasjon. Dette gjøres for å vise at Lillys betalinger til helsepersonell tilsvarer generelt markedsnivå. Noen svaralternativ vil kreve at du sender med din CV. Om så er tilfelle ber vi om at du kun sender yrkesrelatert informasjon og utelater all informasjon som ikke er knyttet til yrkesrelaterte forhold (som f.eks. fødselsdato).

**Akademiske kvalifikasjoner**

Error! Missing test condition.

**Medisinsk/forskningsmessig yrkeserfaring**

Error! Missing test condition.

**Forskning/erfaring fra kliniske studier og publikasjoner**

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

**Undervisning og rådgivning**

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

**Lederroller i ulike helseorganisasjoner eller komitéer.**

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Ved å signere under godkjenner du at dine personopplysninger behandles som beskrevet i Håndtering av personopplysninger, sist i dette dokument.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Dato |  | Signatur |

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

**Kontaktinformasjon, avtalepart og betalingsinformasjon**

**Kontaktinformasjon**

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-post (for mailkorrespondanse om logistikk og utbetaling):  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vennligst velg alle dine foretrukne kommunikasjonsmetoder dersom Lilly skulle behøve å kontakte deg vedrørende kontraktering eller møtelogistikk.

E-post & Webportal

Telefon

Mobil

Post

**Avtalepart**

Vennligst velg alle avtaleparter og oppgi navn og adresse til ansvarlige person som skal signere. Dette er nødvendig for at Lilly skal kunne forberede kontrakten.

**Avtalepart Navn og adresse**

Meg selv *Navn og adresse samme som over*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eget foretak \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institusjon/klinikk \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Betalingsinformasjon**

Vennligst velg hvilken avtalepart som skal motta honoraret og oppgi relevante data.

**Alternativ 1 - Min personlige bankkonto (lønn)**

Personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Skatteprosent iflg. skattekort

(50% dras automatisk om skattekort ikke er vedlagt): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*I tillegg betaler Lilly gjellende arbeidsgiveravgift*

Bankens navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN-nummer : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SWIFT adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alternativ 2 - Eget foretak (faktura)**

Bankens navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN-nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SWIFT adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organisasjonsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alternativ 3 - Institusjon/klinikk (faktura)**

*Om du utfører oppdraget på vegne av din institusjon kan betaling skje til institusjonen.*

Bankens navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN-nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SWIFT adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organisasjonsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ved å signere under, godkjenner du at dine personopplysninger behandles i henhold til beskrivelsen i personvernerklæringen i slutten av dette dokumentet.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Dato) |  | (Signatur) |

**Håndtering av personopplysninger**

Eli Lilly Norge AS (Lilly) vil kun bruke dine personlige opplysninger med hensyn til å inngå en kontrakt mellom deg og Lilly. Nedestående er en kort beskrivelse av hvordan Lilly vil bruke dine opplysninger:

* Lilly vil arkivere dine opplysninger og eventuelt dele dem med Lillys medarbeidere i andre filialer i verden, kun hvis deres arbeid er avhengig av tilgang til dine personlige opplsyninger.
* Tredjeparts selskaper vil eventuelt bli benyttet til å oppbevare og oppdatere din informasjon i USA eller i andre land (også utenfor EU/EEA). Dersom personopplysningsloven i de landene ikke er den samme som i Norge, har Lilly inngått nødvendige avtaler og forpliktelser for å sikre at samme nivå av sikkerhet opprettholdes og at tredjeparter, som oppbevarer dine personlige opplysninger, forholder seg til Lillys sikkerhetskrav og at opplysninger ikke benyttes til noe annet formål enn som beskrevet her.
* De opplysninger du har oppgitt kan eventuelt deles med Lillys eksterne juridiske rådgivere og/eller lokale og/eller utenlandslovgivende eller kontrollerende institusjoner.
* Dine personlige opplysninger vil bli oppbevart og arkivert av Lilly så lenge det kreves, til overstående formål eller så lenge som kreves av gjeldende lover og regler.

I henhold til personopplysningsloven har du rett til å få tilgang til dine personlige opplysninger lagret av Lilly. Du har også rett til å rette alle ukorrekte eller ufullstendige opplysninger. Skulle du ønske tilgang til, rette eller slette dine personlige opplysninger som Lilly lagrer, vennligst kontakt oss på telefon 23 02 49 42 eller per e-mail Lilly\_Norge\_CMS@lilly.com