|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| <<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>> | | |
|  |  | <<Today\_\_s>> |

**Zawiadomienie o sponsorowaniu**

Szanowni Państwo,

Firma Lilly ma zaszczyt dofinansować Państwa udział w <<Meeting\_MERC\_Name>>, który odbywa się w dniu/dniach <<Meeting\_MERC\_Start\_Date\_Meeting\_Time\_Zone\_MERC>>

w miejscowości <<Meeting\_MERC\_City\_of\_Meeting\_MERC>>. Dofinansowanie ze strony firmy Lilly jest wyrazem naszego zaangażowania w organizację i wspieranie wysokiej klasy wydarzeń edukacyjnych mających na celu wymianę informacji o nowościach z zakresu nauki i opieki zdrowotnej, pogłębianie wiedzy o stanach chorobowych, przedstawianie informacji o badaniach klinicznych opierających się na solidnych podstawach naukowych oraz informowanie o właściwym stosowaniu leków i urządzeń medycznych. Wszystkie powyższe cele mają się przyczyniać do poprawy jakości procesu decyzyjnego, a w rezultacie do poprawy opieki nad pacjentami i efektów leczenia.

Lilly prowadzi swoją działalność w sposób etyczny i uczciwy, przestrzegając obowiązującego prawa. Dlatego też Lilly informuje odpowiednie placówki służby zdrowia w przypadku sponsorowania zatrudnianych przez nie pracowników.

Takie działania z naszej strony mają charakter proaktywny m.in. dlatego, iż przewidujemy coraz większe zainteresowanie tym obszarem ze strony organów nadzoru i opinii publicznej. Ponadto zdajemy sobie sprawę z tego, że przedkładają Państwo ponad wszystko dobro swoich pacjentów i doceniamy Państwa ogromną wiedzę kliniczną i doświadczenie w leczeniu. Wierzymy, że przejrzystość naszej współpracy pomoże zabezpieczyć nasze wzajemne relacje oraz wykluczyć potencjalną percepcję, że pracownicy służby zdrowia pozostają pod wpływem Lilly podejmując decyzje dotyczące leczenia pacjentów.

Jeśli chcą Państwo kontynuować sponsorowanie udziału prosimy o wskazanie jednej osoby\* z każdej placówki, w której są Państwo zatrudnieni, upoważnionej do reprezentowania tej placówki lub podejmowania w jej imieniu decyzji. Prosimy podać tę informację w Części 1. Wskazane przez Państwo osoby odpowiedzialne zostaną poinformowane o planowanej współpracy z Lilly przed rozpoczęciem wydarzenia. Chociaż nie oczekujemy od tych osób podejmowania żadnych działań; mogą się one skontaktować z naszą firmą w razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości. Jeżeli pracują Państwo wyłącznie na własny rachunek, prosimy wypełnić tylko Część 2. W związku z tym, że możemy współpracować z Państwem w przyszłości, dla Państwa wygody, będziemy przechowywać informacje o które pytamy poniżej w Państwa indywidualnym profilu i ponownie wykorzystać w przyszłej współpracy.

Wypełniony formularz powinien być przekazany osobie kontaktowej ze strony Lilly najpóźniej do dnia <<FORM\_DateDue>>.

W ramach dofinansowania, Lilly nie będzie pokrywać żadnych kosztów reprezentacyjnych ani podarunków poza tym, co organizator spotkania zaplanował dla wszystkich uczestników. Lilly opłaci Państwa przejazd, hotel i opłaty rejestracyjne, przekazując środki bezpośrednio organizatorowi lub usługodawcy. Zwrot niniejszych kosztów może nastąpić na zasadach określonych w odrębnej umowie.

Zgodnie z zasadami prawa farmaceutycznego oraz lokalnego kodeksu branżowego, Lilly nie będzie zwracała żadnych osobistych kosztów takich jak kosztów rozmów telefonicznych, kosztów minibarów czy rozrywki. Z góry dziękujemy za Państwa zrozumienie.

Formularz zwrotu wcześniej uzgodnionych kosztów musi zawierać załączone oryginały pokwitowań/faktur przesłanych wciągu 30 dni od dnia wydarzenia.

\* Osobą odpowiedzialną może być np. dyrektor szpitala, rektor uczelni, dyrektor personalny, ordynator oddziału

|  |  |
| --- | --- |
| **Część 1 –** *Jeżeli pracuje [Pan/Pani] w więcej niż jednej placówce, należy wskazać osobę odpowiedzialną z każdej z tych placówek.* | |
| Akceptuję warunki sponsorowania zawarte w niniejszym formularzu i wyrażam zgodę na zawiadomienie przez Lilly wskazanej poniżej osoby odpowiedzialnej o sponsorowaniu. | |
|  |  |
| Podpis: |  |
|  |  |
| Imię i nazwisko (drukowanymi): |  |
|  | |
| Adres służbowy: |  |
|  |  |
| Placówka nr 1: |  |
|  |  |
| Imię, nazwisko i stanowisko osoby odpowiedzialnej (drukowanymi): | |

|  |
| --- |
| **Część 2** – Prosimy wypełnić, jeżeli pracuje [Pan/Pani] wyłącznie na własny rachunek. |
| Akceptuję ustalenia w sprawie sponsorowania zawarte w niniejszym zawiadomieniu o sponsorowaniu i oświadczam, że nie jestem nigdzie [zatrudniony/zatrudniona] poza działalnością prowadzoną na własny rachunek:  Podpis: Data:  Imię i nazwisko (drukowanymi): Stanowisko: |

**Zasady ochrony danych osobowych**

W celu zawarcia niniejszej umowy niezbędne jest podanie firmie Lilly Pana/Pani danych osobowych, takich jak imię i nazwisko, adres pracodawcy, a także informacje o miejscach pracy. Poniżej podany jest krótki opis zasad przetwarzania danych osobowych przez Lilly:

* Eli Lilly Polska Sp.z o.o. z siedzibą pod adresem: ul. Żwirki i Wigury 18 A, 02-092 Warszawa będzie przetwarzać dane osobowe, pełniąc rolę administratora danych, w celu realizacji umowy pomiędzy Panem/Panią i firmą Lilly, a także powiadamiania Instytucji, w której Pan/Pani pracuje i monitorowania tych powiadomień. Lilly nie będzie przetwarzać Pana/Pani danych osobowych w żadnym innym celu.
* Lilly będzie przechowywać Pana/Pani dane osobowe przez czas nieokreślony, jednak nie dłużej niż przez okres potrzebny do realizacji opisanego w tym formularzu celu przetwarzania danych osobowych
* Przechowywanie i aktualizowanie tych informacji może zostać zlecone osobom trzecim ze Stanów Zjednoczonych lub z innych krajów w tym Indie**,** w których przepisy dotyczące ochrony danych osobowych mogą odbiegać od przepisów obowiązujących w Pana/Pani kraju. Lilly będzie wymagać od takich osób trzecich, żeby informacje były odpowiednio zabezpieczone i nie były wykorzystywane do żadnych innych celów poza wskazanymi w tym formularzu.
* Pracownicy firmy Lilly ze Stanów Zjednoczonych lub z innych krajów spoza Unii Europejskiej mogą uzyskać dostęp do Pana/Pani danych w tym Indie, o ile ich obowiązki służbowe uzasadniają umożliwienie im dostępu w celach wskazanych w niniejszym formularzu.
* Firma Lilly zweryfikuje przekazane przez Pana/Panią informacje, upewniając się, czy są zgodne z przepisami prawa krajowego i amerykańskiego obowiązującymi Lilly.
* W przypadku stwierdzenia ewentualnych wątpliwości o charakterze prawnym lub regulacyjnym, udzielone przez Pana/Panią informacje mogą zostać przekazane zewnętrznym radcom prawnym Lilly i/lub krajowym i zagranicznym organom regulacyjnym, takim jak U.S. Securities and Exchange Commission (Amerykańska Komisja Papierów Wartościowych i Giełd) oraz organom krajowym.
* Wgląd do dokumentów związanych ze współpracą pomiędzy Panem/Panią a Lilly może mieć wewnętrzny dział audytu firmy Lilly lub jej audytorzy zewnętrzni.
* Lilly może przekazać Pana/Pani dane w odpowiedzi na zapytania o udzielenie informacji od władz państwowych lub w przypadku, gdy wymagają tego przepisy prawa.
* W bardzo rzadkich przypadkach, kierując się względami bezpieczeństwa kraju, stanu lub spółki, Lilly przekaże całą bazę danych gości i klientów odpowiednim organom władzy.
* W przypadku, gdyby chciał Pan/chciała Pani uzyskać dostęp do swoich danych osobowych przechowywanych przez Lilly, wprowadzić w nich zmiany lub je usunąć, prosimy o kontakt Poprzez adres mailowy: Lilly\_Polska\_CMS@Lilly.com

Składając podpis powyżej, wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie swoich danych na przedstawionych powyżej zasadach.

**Osoba kontaktowa ze strony Lilly**

Podpis: Data:

Imię i nazwisko: Dział:

(*drukowanymi*)