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

Szanowni Państwo,

Z wielką przyjemnością oczekujemy na rozpoczęcie współpracy w najbliższej przyszłości.

Jako, że zbliżamy się do momentu przygotowania umowy związanej ze świadczeniem usług chcielibyśmy poprosić o podanie niezbędnych informacji, które umożliwią Lilly podjęcie takiej współpracy w zgodzie z kodeksem branżowym oraz prawem.

Państwa czas ma ogromną wartość dla nas. W związku z tym, w celu usprawnienia procesu niezbędnego do podjęcia współpracy chcielibyśmy zebrać od Państwa informacje tylko raz i przechowywać je w sposób odpowiedni tak aby nasza obecna i przyszła współpraca była prosta i szybka na tyle na ile jest to możliwe.

Wypełnienie tego pakietu informacji zajmie około 20 minut, następnie informacje te będą przechowywane w celu zarówno realizacji obecnej współpracy jak i przyszłej. Pakiet zawiera następujące sekcje:

* Informacja związana z powiadomieniem placówki
* Podsumowanie zawodowych kwalifikacji
* Zgoda na upublicznianie raportów przejrzystości
* Preferencje
* Umowa i płatność

Dziękujemy za poświęcony czas w wypełnianiu tego pakietu informacji i zwrócenie go do Lilly w możliwie najkrótszym, dogodnym terminie. W przypadku jakichkolwiek pytań czy wątpliwości prosimy o kontakt <<User\_Name>>, 022 306 0944, Lilly\_Polska\_CMS@lilly.com Wypełniony pakiet powinien być przesłany do Lilly pocztą (Eli Lilly Polska Sp. z o.o. ul. Żwirki i Wigury 18A, 02-092 Warszawa) lub bezpośrednio przez pracownika Eli Lilly Polska Sp.z o.o.

Z poważaniem,

<<User\_Name>>

Lilly\_UK\_CMS@lilly.com

Lilly Customer Meeting Services

**Informacja związana z powiadomieniem placówki**

|  |
| --- |
| Biorąc pod uwagę, że są Państwo ekspertami w swojej dziedzinie \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Eli Lilly ma przyjemność w najbliższej przyszłości rozpocząć z Państwem współpracę.  Jedynie dzięki współpracy z pracownikami służby zdrowia jesteśmy w stanie zwiększać naszą zdolność do opracowywania innowacyjnych leków, które będą pomagały pacjentom. Jakość życia pacjentów, którzy zaufali naszym lekom zależy od naszych działań i decyzji jakie podejmujemy na co dzień. Wobec tego dokładamy wszelkich starań, żeby działać w sposób odpowiedzialny i etyczny, zapewniając jak największą przejrzystość oraz wyznaczając nowe standardy doskonałości, co jest konieczne, żeby budować i utrzymywać zaufanie do naszej branży.  Dlatego też Lilly zawiadamia odpowiednie placówki służby zdrowia w zakresie świadczenia usług przez tychże pracowników służby zdrowia lub dofinansowania ich udziału w wydarzeniach.  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.  Przed przystąpieniem do zawarcia umowy 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 Państwa osoby odpowiedzialne zostaną poinformowane o planowanej współpracy z Lilly przed rozpoczęciem świadczenia usług. 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.  Jako, że będziemy pracować z Państwem w przyszłości a także dla Państwa wygody, będziemy przechowywać informacje o które prosimy poniżej w Państwa indywidualnym profilu aby ponownie wykorzystać w przyszłej współpracy.  Informacja związana z powiadomieniem placówki |
| **Część 1 –** *Jeżeli pracuje [Pan/Pani] w więcej niż jednej placówce, należy wskazać osobę odpowiedzialną z każdej z tych placówek.* |
| \*  \* Osobą odpowiedzialną może być np. dyrektor szpitala, rektor uczelni, dyrektor personalny, ordynator oddziału.  Wyrażam zgodę na powiadomienie przez Lilly wskazanej poniżej osoby odpowiedzialnej lub osób odpowiedzialnych o zlecanych usługach.  Podpis: Data:  Imię i nazwisko (drukowanymi): Stanowisko:  Tytuł naukowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adres służbowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Część 2 –** *Prosimy wypełnić, jeżeli pracuje [Pan/Pani] wyłącznie na własny rachunek.* |
| Oświadczam, że pracuję wyłącznie na własny rachunek.  Podpis: Data:  Imię i nazwisko (drukowanymi):  **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 tj. Indie, mogą uzyskać dostęp do Pana/Pani danych, 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. |

**Podsumowanie zawodowych kwalifikacji**

**Informacja oraz klauzula zgody dotyczące ochrony prywatności w ramach Harmonogramu Opłat z Tytułu Świadczenia Usług**

Eli Lilly Polska Sp. z o. o. (z siedzibą przy ul. Żwirki i Wigury 18A, w Warszawie, „Lilly Polska”) regularnie podejmuje współpracę z pracownikami służby zdrowia, którzy świadczą usługi jako wykładowcy i konsultanci. Te relacje zawodowe są istotnym elementem prowadzenia działalności gospodarczej, a w wielu przypadkach również stanowią ważny środek zapewniający możliwości edukacyjne. Płatności są powiązane z poziomem kompetencji i doświadczenia poszczególnych osób świadczących usługi na rzecz Lilly Polska. Zwracamy się z prośbą o podanie określonych informacji osobowych dotyczących Państwa w celu określenia właściwej płatności z tytułu świadczenia usług w oparciu o Państwa doświadczenie i referencje, jak również w celu zapewnienia zgodności z określonymi przepisami i regulacjami. Informacje te obejmują m.in. Państwa imię i nazwisko, dane kontaktowe, informacje podane w dołączonym Kwestionariuszu, jak również informacje na Państwa temat dostępne publicznie za pośrednictwem mediów. Informacje podane przez Państwa w Kwestionariuszu oraz informacje uzyskane na Państwa temat za pośrednictwem zewnętrznych mediów będą przetwarzane przez Lilly Polska jako administratora danych.

Jeżeli chcą Państwo uzyskać dostęp do swoich danych osobowych będących w posiadaniu Lilly Polska lub – w przypadku, gdy są one niezgodne z prawdą lub nieaktualne – zaktualizować je lub usunąć, prosimy o kontakt poprzez adres mailowy: Lilly\_Polska\_CMS@lilly.com

W dowolnym czasie mogą Państwo wycofać swoją zgodę na wykorzystywanie przez Lilly Polska Państwa danych w wyżej wymienionych celach. Mogą Państwo wycofać swoją zgodę w dowolnym momencie kontaktując się poprzez adres mailowy Lilly\_Polska\_CMS@lilly.com

**Informacje na temat osób trzecich**

Dane osobowe osób trzecich mogą Państwo podawać wyłącznie po zawiadomieniu ich o celu i sposobie gromadzenia i przetwarzania ich danych przez Lilly Polska, zgodnie z opisem powyżej oraz po podaniu im danych kontaktowych określonych powyżej, w przypadku, gdyby dane osoby chciały wyjaśnić swoje wątpliwości lub skorzystać z przysługujących im praw.

Podpisując i przekazując nam niniejszy kwestionariusz potwierdzają Państwo oraz zobowiązują się przesłać takie zawiadomienie osobom trzecim, zaś Lilly Polska nie ponosi żadnej odpowiedzialności z tytułu strat lub szkód powstałych w wyniku niewykonania przez Państwa tego obowiązku.

Prosimy również o wyrażenie zgody na przeprowadzenie przez Lilly Polska procesu wyszukiwania informacji za pośrednictwem zewnętrznych mediów w celu uzyskania referencji.

W przypadku pozytywnej odpowiedzi na niektóre z pytań może być niezbędne dostarczenie CV wg załączonego formularza.

**Tytuł/stopień zawodowy/naukowy:**

Proszę wskazać właściwy tytuł/stopień zawodowy/naukowy:

Lekarz specjalista

Lekarz bez specjalizacji lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej

Inny pracownik służby zdrowia (nie lekarz)- np. pielęgniarka, farmaceuta, psycholog, dietetyk, edukator itp

Inny pracownik posiadający doktorat z nauk niemedycznych

Magister, licencjat

**Doświadczenie medyczne/badawcze**

1. Jak długi jest Pani/Pana staż pracy? </=5 lat 6-10 lat 11-20 lat 20+ lat

2. Czy posiada Pani/Pan więcej niż jedną specjalizację?

Nie Tak

**Jeśli “Tak”, prosimy o dostarczenie wypełnionego CV zgodnie z załączonym formularzem CV.**

**Badania i Publikacje**

1. Czy brała Pani/Pan udział w badaniach klinicznych? Nie Tak

2. Czy pełniła Pani/Pan role głównego badacza?

Nie Tak - 1 badanie kliniczne TAK- 2 lub więcej badań klinicznych

**Jeśli wybrano“Tak 2 lub więcej”, prosimy o dostarczenie wypełnionego CV zgodnie z załączonym formularzem CV.**

3. Ile recenzowanych artykułów do czasopism lub podręczników była Pani/Pan autorem/współautorem w ciągu ostatnich 10 lat? 0-2 3-4 5+ **Jeśli wybrano “5+”, prosimy o dostarczenie wypełnionego CV zgodnie z załączonym formularzem CV.**

4. Czy była Pani/Pan recenzentem lub członkiem redakcyjnej rady recenzentów? Nie Tak

**Działalność pedagogiczna i konsultacyjna**

Czy posiada Pani/Pan obecnie w przeszłości doświadczenie jako:

1. Profesor nadzwyczajny/ profesor zwyczajny/doktor habilitowany na uczelni? **Jeśli wybrano „TAK”, prosimy o dostarczenie wypełnionego CV zgodnie z załączonym formularzem CV.**

2. Asystent / adiunkt/ profesor na uczelni ?

3. Członek rady doradczej

**Funkcje kierownicze w instytucjach, towarzystwach medycznych lub w komitetach/grupach naukowych -**

Którą z nastepujacych ról Pani/Pan piastowali lub obecnie piastują:

1. Rola kierownicza w szpitalu – np. ordynator, dyrektor szpitala, kierownik zespołu

2. Rola kierownicza w jednym z lokalnych towarzystw medycznych/komitetach lub grupach naukowych/badacz kliniczny

3. Rola kierownicza w jednym z krajowych lub międzynarodowych towarzystw medycznych/komitetach lub grupach naukowych/badacz kliniczny /konsultant wojewódzki i/lub krajowy np. PTD. **Jeśli wybrano, prosimy o dostarczenie wypełnionego CV zgodnie z załączonym formularzem CV.**

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Lilly Polska moich danych osobowych podanych w niniejszym dokumencie („Dane”) dla celów określenia odpowiedniej wartości rynkowej wynagrodzenia za usługi, które mogę świadczyć na rzecz Lilly Polska jako wykładowca lub konsultant\*. Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-na) o przysługujących mi prawach dostępu do treści Danych i ich korekty. Oświadczam, że podane Dane są prawdziwe i że podałem(-łam) je dobrowolnie.

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Niniejszym wyrażam zgodę na przekazanie Danych przez Lilly Polska do państw poza Europejskim Obszarem Gospodarczym- w tym do USA i Indii.

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie informacji osobowych zawartych w zasobach dostępnych publicznie oraz w zasobach wewnętrznych Lilly Polska w celu uzyskania referencji od osób trzecich w ramach procesu określania przez Lilly Polska Opłat z Tytułu Świadczenia Usług.

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*\* Lilly Polska zastrzega sobie prawo do modyfikowania kryteriów wykorzystywanych do określenia odpowiedniej wartości rynkowej oraz prawo do ustalania wysokości płatności należnych w oparciu o takie kryteria.*

**Formularz CV**

**Informacja oraz klauzula zgody dotyczące ochrony prywatności w ramach Harmonogramu Opłat z Tytułu Świadczenia Usług**

Eli Lilly Polska Sp. z o. o. (z siedzibą przy ul. Żwirki i Wigury 18A, w Warszawie, „Lilly Polska”) regularnie podejmuje współpracę z pracownikami służby zdrowia, którzy świadczą usługi jako wykładowcy i konsultanci. Te relacje zawodowe są istotnym elementem prowadzenia działalności gospodarczej, a w wielu przypadkach również stanowią ważny środek zapewniający możliwości edukacyjne. Płatności są powiązane z poziomem kompetencji i doświadczenia poszczególnych osób świadczących usługi na rzecz Lilly Polska. Zwracamy się z prośbą o podanie określonych informacji osobowych dotyczących Państwa w celu określenia właściwej płatności z tytułu świadczenia usług w oparciu o Państwa doświadczenie i referencje, jak również w celu zapewnienia zgodności z określonymi przepisami i regulacjami. Informacje te obejmują m.in. Państwa imię i nazwisko, dane kontaktowe, informacje podane w dołączonym Kwestionariuszu, jak również informacje na Państwa temat dostępne publicznie za pośrednictwem mediów. Informacje podane przez Państwa w Kwestionariuszu oraz informacje uzyskane na Państwa temat za pośrednictwem zewnętrznych mediów będą przetwarzane przez Lilly Polska jako administratora danych.

Jeżeli chcą Państwo uzyskać dostęp do swoich danych osobowych będących w posiadaniu Lilly Polska lub – w przypadku, gdy są one niezgodne z prawdą lub nieaktualne – zaktualizować je lub usunąć, prosimy o kontakt poprzez adres mailowy: Lilly\_Polska\_CMS@lilly.com.

W dowolnym czasie mogą Państwo wycofać swoją zgodę na wykorzystywanie przez Lilly Polska Państwa danych w wyżej wymienionych celach. Mogą Państwo wycofać swoją zgodę w dowolnym momencie kontaktując się poprzez adres mailowy Lilly\_Polska\_CMS@lilly.com.

**Informacje na temat osób trzecich**

Dane osobowe osób trzecich mogą Państwo podawać wyłącznie po zawiadomieniu ich o celu i sposobie gromadzenia i przetwarzania ich danych przez Lilly Polska, zgodnie z opisem powyżej oraz po podaniu im danych kontaktowych określonych powyżej, w przypadku, gdyby dane osoby chciały wyjaśnić swoje wątpliwości lub skorzystać z przysługujących im praw.

Podpisując i przekazując nam niniejszy kwestionariusz potwierdzają Państwo oraz zobowiązują się przesłać takie zawiadomienie osobom trzecim, zaś Lilly Polska nie ponosi żadnej odpowiedzialności z tytułu strat lub szkód powstałych w wyniku niewykonania przez Państwa tego obowiązku.

Prosimy również o wyrażenie zgody na przeprowadzenie przez Lilly Polska procesu wyszukiwania informacji za pośrednictwem zewnętrznych mediów w celu uzyskania referencji.

**Kwestionariusz Informacji Osobowych**

Imię, nazwisko, tytuł (Pani / Pan):

………………………………………………..…………………………………………

Adres miejsca pracy:

………………………………………………………………..………………………………………..

Obecne stanowisko:

………………………………………………………………..………………………………………...

E-mail:

………………………………………………………………..………………………………………...

Telefon:

………………………………………………………………..………………………………………...

**Wykształcenie, specjalizacja**

Pracuję w zawodzie związanym ze świadczeniem usług w zakresie opieki medycznej; jestem:

🞏 lekarzem

🞏 lekarzem – internistą

🞏 pielęgniarką/pielęgniarzem

🞏 psychologiem klinicznym

🞏 farmaceutą

🞏 technikiem farmacji

🞏 dietetykiem

🞏 inne: ………………………………………………………………………………………………………………………….……

(prosimy określić)

🞏 posiadam następujące specjalizacje:

………………………………………………………………………………………………………………………….……

(prosimy określić)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa uczelni (także zagranicznej)** | **Wykształcenie / Specjalizacja / Dyplom** | **Rok ukończenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Wykształcenie, znajomość języków obcych**

Posiadam znajomość następujących języków obcych:

🞏 j. angielski

🞏 inne:………………………………………………………………………………………………………………….……........................................................................................................................

(prosimy określić jakie)

**Doświadczenie zawodowe**

Posiadam doświadczenie:

🞏 kliniczne

🞏 terapeutyczne

🞏 w badaniach klinicznych

🞏 nie posiadam doświadczenia w żadnej z powyższych dziedzin

Doświadczenie zawodowe:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa instytucji/pracodawcy** | **Stanowisko** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Staż:

🞏 do 5 lat 🞏 powyżej 5 lat 🞏 powyżej 10 lat

**Funkcje zawodowe i menedżerskie w organizacjach branżowych, towarzystwach, komitetach, komisjach lub instytucjach opieki zdrowotnej (jeśli nie podano powyżej):**

Jestem:

🞏 członkiem towarzystwa naukowego

Nazwa towarzystwa / towarzystw: ……………………………………………………………………………..………..…………………………........................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

🞏 konsultantem krajowym

w dziedzinie: ……………………………………………………………………………………………………………..……………………....................................................................................................................

🞏 konsultantem wojewódzkim

w dziedzinie: ………………………………………………………………………………………….………………………………………..................................................................................................................

🞏 pracuję na stanowisku kierowniczym w instytucji medycznej

Nazwa stanowiska i nazwa instytucji: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................

🞏 żadne z powyższych

**Działalność wydawnicza i edytorska**

Jestem autorem lub współautorem publikacji w magazynach medycznych lub książek o tematyce medycznej w ciągu ostatnich 10 lat:

🞏 powyżej 5 🞏 powyżej 3 🞏 żadnej

Byłem(-łam) recenzentem książki lub publikacji naukowej:

🞏 tak (tytuł):………...……………………………………………………………………………………………………..…...............................................................................................................................

🞏 nie

Opis książki lub publikacji naukowej:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł publikacji / magazynu branżowego / wydawnictwa (w tym zagranicznego)** | **Data wydania** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Działalność pedagogiczna**

Posiadam doświadczenie pedagogiczne na uczelni wyższej:

🞏 tak, posiadam tytuł profesora

🞏 tak, posiadam tytuł doktora

🞏 tak, jestem nauczycielem akademickim

🞏 tak, jestem / byłem(-am) (inne): …………………….……………………………………………………………..……………………

🞏 żadne z powyższych

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa uczelni (także zagranicznej) | Stanowisko akademickie, dziedzina/przedmiot |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Badania naukowe, badania kliniczne**

Brałem(-łam) udział w badaniach klinicznych:

🞏 tak, byłem(-łam) szefem zespołu badawczego w co najmniej 2 badaniach klinicznych

🞏 tak, brałem(-łam) udział w badaniach klinicznych jako badacz lub członek zespołu badawczego

🞏 nie

Byłem(-łam) członkiem Rady Doradczej

🞏 tak

🞏 nie

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Lilly Polska moich danych osobowych podanych w niniejszym dokumencie („Dane”) dla celów określenia odpowiedniej wartości rynkowej wynagrodzenia za usługi, które mogę świadczyć na rzecz Lilly Polska jako wykładowca lub konsultant\*. Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-na) o przysługujących mi prawach dostępu do treści Danych i ich korekty. Oświadczam, że podane Dane są prawdziwe i że podałem(-łam) je dobrowolnie.

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Niniejszym wyrażam zgodę na przekazanie Danych przez Lilly Polska do państw poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, w tym do USA i Indii.

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie informacji osobowych zawartych w zasobach dostępnych publicznie oraz w zasobach wewnętrznych Lilly Polska w celu uzyskania referencji od osób trzecich w ramach procesu określania przez Lilly Polska Opłat z Tytułu Świadczenia Usług.

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*\* Lilly Polska zastrzega sobie prawo do modyfikowania kryteriów wykorzystywanych do określenia odpowiedniej wartości rynkowej oraz prawo do ustalania wysokości płatności należnych w oparciu o takie kryteria.*

<<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>>

|  |
| --- |
|  |

Error! Missing test condition.