**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.*