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

Kära <<Account\_Sfx\_Nm\_GLBL>> <<Account\_Name>>,

Vi ser fram emot att samarbeta med dig inom en snar framtid.

Eftersom vi närmar oss förberedelserna för kontraktsskrivning, skulle vi vilja be dig om information som gör det möjligt för dig och Lilly att arbeta enligt branschregler och riktlinjer.

Vi värdesätter din tid. För att förenkla kontrakteringen, vill vi bara samla in dina uppgifter en gång och därefter spara dem, så att vi vid framtida samarbete undviker att fråga efter samma information.

Informationen tar uppskattningsvis 20 minuter att fylla i och den kommer att föras in i ett register för att kunna användas vid framtida samarbeten. Informationen delas upp i följande delar:

* Frågeformulär kring yrkesmässiga meriter
* Konsoliderat samtycke om transparens
* Kontaktinformation, Underlag för utbetalning av arvode samt Betalningsinformation

Tack på förhand för att du fyller i denna information och returnerar det till oss så snart som möjligt. Du kan skicka det via email: Lilly\_Sverige\_CMS@lilly.com, fax: 08-618 21 50 eller post: Eli Lilly, Box 721, SE-169 27 Solna.

Om du har några frågor tveka inte att kontakta oss.

Med vänliga hälsningar,

<<User\_Name>>

Lilly Customer Meeting Services

Tel: 08-593 665 66

Email: Lilly\_Sverige\_CMS@lilly.com

**Frågeformulär kring Yrkesmässiga meriter**

Denna information efterfrågas för att vi ska kunna säkerställa att din erfarenhet och dina meriter återspeglas korrekt i din ersättning. Detta görs för att visa att Lillys betalningar till hälso- och sjukvårdspersonal motsvarar marknadsnivån.

Vänligen notera att du kan komma behöva bifoga CV om du svarar Ja på någon av frågorna nedan. Om så är fallet ber vi dig att inte inkludera information som inte är yrkesrelaterad på ditt CV (som t.ex. födelsedatum).

**Akademiska meriter**

Error! Missing test condition.

**Utbildning och Medicinsk Erfarenhet**

Error! Missing test condition.

**Forskning/Erfarenhet från kliniska studier och Publikationer**

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

**Undervisning och Rådgivning**

Har du nuvarande eller tidigare erfarenhet som:

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

**Ledarskap och Deltagande i Hälso- och Sjukvårds- organisationer och kommittéer.**

Vilken av nedan roller har du tidigare haft eller innehar du?

Error! Missing test condition.

Error! Missing test condition.

Genom att signera nedan godkänner du att dina personuppgifter behandlas enligt beskrivningen i Hantering av personuppgifter, sist i detta dokument.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Underskrift |

**Konsoliderat Samtycke**

## Behandling av personuppgifter

Uppdragstagaren samtycker till att Eli Lilly Sweden AB (Lilly) öppet och på ett allmänt tillgängligt sätt rapporterar samtliga direkta och indirekta värdeöverföringar till Uppdragstagaren för att uppfylla bestämmelserna i branschöverenskommelsen om transparens. Vidare samtycker Uppdragstagaren till att Lilly såsom personuppgiftsansvarig behandlar uppgifter om namn, arbetsplats, arbetsplatsadress och direkta och indirekta värdeöverföringar m.m. för de syften som anges ovan samt att personuppgifterna kan komma att överföras till och behandlas i land utanför EU/ESS-området. För det fall Lilly även behandlar personuppgifter om annan än Uppdragstagaren (t.ex. avseende Uppdragstagarens ägare eller den Uppdragsansvarige\*) skall Uppdragstagaren tillse att den eller de personer vars personuppgifter behandlas samtycker till att ovanstående personuppgifter lämnas ut till Lilly och rapporteras102 samt behandlas enligt ovan. Uppdragstagaren, och den eller de övriga personer, vars personuppgifter behandlas har rätt att begära s.k. registerutdrag enligt 26 § personuppgiftslagen samt begära att rättelse av personuppgifter sker enlighet 28 § personuppgiftslagen.

För åtkomst till eller rättelse av dina uppgifter som Lilly innehar eller publicerar, eller för att återta ditt samtycke till publicering av uppgifterna, vänligen kontakta Lillys Data Privacy Steward i Sverige på telefon 08-737 88 00 eller på adressen Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna.

Härmed samtycker jag till att mina personuppgifter hanteras i enlighet med vad som anges i denna samtyckeshandling. Samtycket gäller för alla värdeöverföringar, mottagna och framtida, under de rapporteringsperioder där data ännu inte har publicerats. Jag har informerats om att jag lämnar mitt samtycke frivilligt, att det kan återtas när som helst och att jag inte drabbas av några nackdelar i det fall jag väljer att inte underteckna denna samtyckeshandling.

Jag samtycker

Jag samtycker inte

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Underskrift |

*\* Med "Uppdragsansvarig" avses den fysiska person som äger det kontrakterande aktiebolaget och/eller den som utför uppdraget.*

**Kontaktinformation, Underlag för utbetalning av arvode samt Betalningsinformation**

**Kontaktinformation**

Namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

E-post (för mailkorrespondens om logistik och utbetalning):  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vänligen välj de kommunikationssätt som du föredrar om Lilly skulle behöva kontakta dig gällande kontraktering eller logistik av mötet. Fler val än ett är möjligt.

Epost & Webbportal  
Telefon

Mobil

Post

**Underlag för utbetalning av arvode**

Vänligen välj samtliga avtalsparter samt ange namn och adress till behörig person som ska signera. Detta behövs för att Lilly ska kunna förbereda kontrakt.

**Avtalspart Namn och Adress**

Jag själv *Namn och Adress samma som ovan*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eget företag \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institution/klinik \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Betalningsinformation**

Vänligen välj vilken avtalspart som ska motta ersättning samt ange relevanta uppgifter.

**Alternativ 1 - Mitt personliga bankkonto (lön)**

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

Preliminär skatt 30% dras automatiskt. Ange om annan skattesats önskas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*I tillägg betalar Lilly gällande arbetsgivaravgifter*

Banknamn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

SWIFT adress \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Banknamn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

SWIFT adress \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organisationsnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Momsregistreringsnummer (om relevant) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*I tillägg betalar Lilly 25% moms av totalt arvode om företaget är momsregistrerat.*

**Alternativ 3 - Institution/klinik (faktura)**

*Om du utför uppdraget på uppdrag av din institution kan betalning ske till institutionen.*

Banknamn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

SWIFT adress \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organisationsnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Momsregistreringsnummer (om relevant) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*I tillägg betalar Lilly 25% moms av totalt arvode om företaget är momsregistrerat.*

Genom att signera nedan godkänner du att dina personuppgifter behandlas enligt beskrivningen i Hantering av personuppgifter, sist i detta dokument.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Underskrift |

**Hantering av personuppgifter**

Eli Lilly Sweden AB (Lilly) kommer endast att använda dina personuppgifter i syfte att genomföra tjänsteavtalet mellan dig och Lilly. Nedan följer en kort beskrivning av hur Lilly kommer att använda din information:

* Lilly behåller din information i ett register och kan dela det med anställda hos Lillys samtliga filialer vars arbete rimligen kräver tillgång till dina uppgifter.
* Tredje part kan användas för att behålla och uppdatera dina uppgifter i USA samt i andra länder (även utanför EU/EES) vars personuppgiftslagar skiljer sig ifrån gällande lagstiftning i landet du bor i. Lilly har vidtagit åtgärder för att säkerställa att samma säkerhetsnivå upprätthålls hos tredje parter som lagrar dina uppgifter som Lillys egna säkerhetskrav och kräver att de inte använder dem för någonting annat än vad som beskrivs i detta formulär.
* Information som du uppger kan även delas med Lillys externa juridiska rådgivare och/eller inhemska och utländska rättsväsende samt reglerande myndigheter.
* Dina personuppgifter kommer att behållas av Lilly så länge som krävs för ovan syften eller enligt krav från gällande lagstiftning.

Enligt gällande personuppgiftslagstiftning har du rätt att få tillgång till de personuppgifter som Lilly behandlar om dig. Du har även rätt att korrigera alla eventuella fel eller ofullständiga personuppgifter. Vänligen kontakta oss på oss på telefon 08-593 665 66 eller e-post Lilly\_Sverige\_CMS@lilly.com för att få tillgång till, redigera eller radera dina personuppgifter som Lilly har registrerat.