<<Today\_\_s>>

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Súhlas s oznámením sponzorskej podpory** |  |

Vážená paní doktorka/ Vážený pán doktor,

spoločnosť Eli Lilly Slovakia, s.r.o. je s potešením pripravená sponzorovať Vašu účasť na odbornom stretnutí **<<Meeting\_MERC\_Name>>**, ktoré sa bude konať: <<Meeting\_MERC\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>>, <<Meeting\_MERC\_City\_of\_Meeting\_MERC>>.

Záujem spoločnosti Lilly je podporovať kvalitné odborné vzdelávanie v oblasti vedy a zdravotnej starostlivosti, prezentovanie výsledkov klinického výskumu a informovanie o vhodnom používaní liekov a zdravotníckych prostriedkov. Sme presvedčení, že i podporou týchto aktivít  sa naša spoločnosť môže podieľať na zlepšovaní starostlivosti o pacientov.

Spoločnosť Lilly venuje všetko úsilie na to, aby jej konanie a aktivity boli etické, čestné, transparentné a v súlade so všetkými platnými zákonmi. V rámci týchto zásad bolo našou spoločnosťou prijaté rozhodnutie informovať zdravotnícke zariadenia či inštitúcie\* v prípade, že Lilly sponzoruje ich zamestnanca.

Sme presvedčení, že maximálne možná transparentnosť v oblasti spolupráce so zdravotníckymi odborníkmi pomáha chrániť naše vzájomné pracovné vzťahy a prispieva k tomu, aby zdravotnícki odborníci boli verejnosťou vnímaní ako nezávislé osoby, ktoré sa pri svojom profesijnom rozhodovaní v oblasti starostlivosti o pacientov nenechávajú ovplyvňovať zo strany spoločnosti Lilly. Ďalším dôvodom na prijatie tohto opatrenia je i predpoklad prísnejšej regulačnej a verejnej kontroly do budúcna v tejto oblasti.

Aby sme teda mohli sponzorovať Vašu účasť na vyššie uvedenom odbornom stretnutí, prosíme Vás o oznámenie informácie o poverenej osobe v každom zdravotníckom zariadení či inštitúcii\*, v ktorom máte pracovný pomer. Poverenou osobou sa rozumie osoba, ktorá má oprávnenie zastupovať zdravotnícke zariadenie či inštitúciu\* alebo prijímať rozhodnutia týkajúce sa Vašej účasti na vyššie uvedenom odbornom stretnutí, napr. vedúci zariadenia, riaditeľ personálneho oddelenia, vedúci lekár oddelenia. Požadované informácie prosím uveďte v časti 1 tohto formulára. Táto poverená osoba bude pred dátumom konania odborného stretnutia informovaná o sponzorskej podpore Vašej účasti na tomto stretnutí spoločnosťou Lilly. Poverená osoba nemusí na oznámenú informáciu nijako reagovať, môže však kontaktovať spoločnosť Lilly v prípade akýchkoľvek otázok.

Pokiaľ ste výlučne samostatne zárobkovo činná osoba či partnerom vo vlastnej spoločnosti, vyplňte prosím vo formulári iba časť 2.

Informácie poskytnuté nižšie budeme uchovávať vo Vašom individuálnom profile a použijeme ich aj v prípade našej ďalšej spolupráce.

Vyplnený formulár prosím vráťte kontaktnej osobe v spoločnosti Lilly najneskôr do <<FORM\_Date\_Due>>.

V rámci sponzorovania Vašej účasti na odbornom stretnutí spoločnosť Lilly nebude platiť za zábavu ani dary nad rámec toho, čo už usporiadateľ stretnutia naplánoval pre všetkých účastníkov. Lilly uhradí Vaše cestovné náklady, náklady na ubytovanie v hoteli a registračné poplatky priamo organizátorovi odborného podujatia, alebo poskytovateľovi služieb.

**Oznámenie o ochrane osobných údajov**

Pre účely tejto zmluvy je nevyhnutné, aby ste spoločnosti Lilly poskytli svoje osobné údaje, vrátane svojho mena, obchodnej adresy, e-mailu a informácií o miestach, kde pracujete. Nižšie uvádzame stručný popis toho, akým spôsobom bude spoločnosť Lilly Vaše osobné údaje spracovávať:

* Eli Lilly Slovakia, s.r.o. so sídlom na adrese Panenská 6, 811 03 Bratislava bude Vaše osobné údaje spracovávať ako prevádzkovateľ údajov pre účely podpisu zmluvy medzi Vami a spoločnosťou Lilly a pre účely zasielania oznámení zdravotníckemu zariadeniu či inštitúcii\* pre ktoré pracujete, sledovania týchto oznámení a prehľadu o nich. Spoločnosť Lilly nebude spracovávať Vaše osobné údaje pre žiadne iné účely.
* Vaše osobné údaje, ktoré bude spoločnosť Lilly spracovávať, budú zahŕňať Vaše meno, funkciu, obchodnú adresu a e-mail. Žiadne ďalšie Vaše osobné údaje nebudú zhromažďované ani spracovávané.
* Spoločnosť Lilly bude Vaše osobné údaje uchovávať po dobu neurčitú, nie však dlhšie než po dobu nevyhnutne nutnú k naplneniu účelu spracovania osobných údajov popísaného v tomto oznámení.
* K uchovávaniu a aktualizácii osobných údajov môžu byť využívané tretie strany v Spojených štátoch amerických či iných krajinách, ktorých zákony na ochranu osobných údajov nemusia byť na rovnakej úrovni ako v krajine, kde žijete. Spoločnosť Lilly vyžaduje, aby tieto tretie strany Vaše údaje uchovávali bezpečným spôsobom a nepoužívali ich pre iné účely než tie, ktoré sú popísané v tomto oznámení.
* Zamestnanci spoločnosti Lilly, z ktorých niektorí môžu byť v Spojených štátoch amerických a iných krajinách mimo Európsku úniu, budú mať prístup k Vašim údajom, pokiaľ bude ich práca takýto prístup vyžadovať k naplneniu účelu uvedeného v tomto oznámení.
* Spoločnosť Lilly bude Vaše údaje kontrolovať, aby zaistila, že spĺňajú požiadavky miestnych zákonov a zákonov USA, ktoré sa na spoločnosť Lilly vzťahujú.
* Pokiaľ budú zistené možné právne problémy alebo problémy v oblasti dodržiavania predpisov, môžu byť údaje, ktoré poskytujete, poskytnuté externým právnym poradcom spoločnosti Lilly a/alebo tuzemským a zahraničným právnym a regulačným orgánom, napríklad Komisii USA pre cenné papiere a burzu a miestnym úradom.
* Dokumenty týkajúce sa Vašej spolupráce so spoločnosťou Lilly môžu byť podrobené kontrole zo strany oddelenia interného auditu spoločnosti Lilly alebo jej externých auditorov.
* Spoločnosť Lilly poskytne Vaše údaje za účelom splnenia žiadostí štátnych orgánov o informácie alebo v prípadoch, kedy je to vyžadované zákonom.
* Vo veľmi vzácnych prípadoch, kedy sa jedná o národnú či štátnu bezpečnosť alebo o bezpečnosť spoločnosti, poskytne spoločnosť Lilly príslušným štátnym orgánom celú svoju databázu návštevníkov a zákazníkov.
* Pokiaľ si prajete získať prístup k svojim osobným údajom, ktoré má spoločnosť Lilly vo svojich záznamoch, alebo tieto údaje upraviť či vymazať, obráťte sa, prosím, na RNDr. Miladu Brabcovú, MBA, ktorá je poverená dohliadať na bezpečnosť osobných údajov ([brabcova\_milada@lilly.com](mailto:brabcova_milada@lilly.com)).

Podpisom nasledujúceho formulára potvrdzujete svoj súhlas so spracovaním svojich osobných údajov spôsobom popísaným v tomto oznámení.

\* zariadenie, kde sa zdravotnícki odborníci podieľajú na poskytovaní vzdelania, výskumu alebo iných služieb v rámci prevencie, diagnostiky, liečby alebo starostlivosti o ľudské zdravie (napr. nemocnice, univerzita)

|  |  |
| --- | --- |
| **Spoločná časť – Prosíme, vyplňte** | |
| Vaše meno (vyplňte prosím tlačeným písmom vo formáte titul pred menom, meno, priezvisko, titul za menom) | |
| Funkcia | |
| **Vaša adresa pracoviska** | |
| Názov | |
| Ulica | č.p. alebo č.o. |
| Mesto | PSČ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Časť 1 - Vyplňte, ak ste v pracovnom pomere** | |
| **Poverená osoba a súvisiace zdravotnícke zariadenie či inštitúcie\*** | |
| Meno poverenej osoby (tlačeným písmom vo formáte titul pred menom, meno, priezvisko, titul za menom) | |
| Funkcia poverenej osoby | |
| E-mail poverenej osoby | |
| **Adresa zdravotníckeho zariadenia (pokiaľ je rovnaká ako adresa uvedená vyššie, nevyplňujte)** | |
| Názov | |
| Ulica | č.p. alebo č.o. |
| Mesto | PSČ |
| **Pokiaľ pracujete pre viaceré zariadenia , uveďte údaje a poverené osoby v každom z nich. Formuláre pre prípadné ďalšie zariadenia nájdete na rube tejto stránky.** | |
| *Prijímam toto finančné sponzorovanie za podmienok uvedených v Súhlase s oznámením sponzorskej podpory a beriem na vedomie, že spoločnosť Lilly bude informovať uvedené poverené osoby o sponzorskej podpore poskytovanej na základe tohto Súhlasu.* | |
| Podpis | Dátum |

|  |  |
| --- | --- |
| **Časť 2 - Vyplňte, ak ste samostatne zárobkovo činnou osobou bez pracovného pomeru, či partnerom vo vlastnej spoločnosti** | |
| *Prijímam toto finančné hradenie (sponzorovanie) za podmienok uvedených v Súhlase s oznámením sponzorskej podpory a potvrdzujem, že som výlučne samostatne zárobkovo činnou osobou, či partnerom vo vlastnej spoločnosti.* | |
| Podpis | Dátum |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pokračovanie Časti 1 - Vyplňte, pokiaľ pracujete pre viaceré zariadenia** | |
| Ďalšie zariadenia | |
| **Poverená osoba a súvisiace zdravotnícke zariadenie či inštitúcie\*** | |
| Meno poverenej osoby (tlačeným písmom vo formáte titul pred menom, meno, priezvisko, titul za menom) | |
| Funkcia poverenej osoby | |
| E-mail poverenej osoby | |
| **Adresa zdravotníckeho zariadenia** | |
| Názov | |
| Ulica | č.p. alebo č.o. |
| Mesto | PSČ |
| **Poverená osoba a súvisiace zdravotnícke zariadenie či inštitúcie\*** | |
| Meno poverenej osoby (tlačeným písmom vo formáte titul pred menom, meno, priezvisko, titul za menom) | |
| Funkcia poverenej osoby | |
| E-mail poverenej osoby | |
| **Adresa zdravotníckeho zariadenia** | |
| Názov | |
| Ulica | č.p. alebo č.o. |
| Mesto | PSČ |
| **Pokiaľ pracujete ešte pre viac zariadení, vytlačte si túto stránku prosím viackrát.** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prosím nevyplňujte – Časť pre interné potreby firmy Lilly. Vyplní kontaktná osoba v Lilly.** | |
| Meno (tlačeným písmom vo formáte titul pred menom, meno, priezvisko, titul za menom) | |
| Obchodná jednotka | |
| Podpis | Dátum |

\* zariadenie, kde sa zdravotnícki odborníci podieľajú na poskytovaní vzdelania, výskumu alebo iných služieb v rámci prevencie, diagnostiky, liečby alebo starostlivosti o ľudské zdravie (napr. nemocnice, univerzita)