# DOTAZNÍK (DOVP)

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno, Priezvisko**  **Name, Surname** |  |
| **Rodné meno**  **Maiden Name** |  |
| **Rodné číslo**  **Birth certificate number** |  |
| **Adresa trvalého pobytu**  **Address** (permanent residence) |  |
| **Rodinný stav (slobodný, rozvedený)**  **Marital status** |  |
| **Miesto narodenia**  **Place of birth** |  |
| **Číslo zdravotnej poisťovne**  **Health insurance company Number** |  |
| **Poberateľ dôchodku a akého (invalidný, starobný, predčasný, výsluhový )**  **Pensions drawn (invalidity, pension, early-retirement, retirement)** |  |
| **Znížená pracovná schopnosť/ %**  **Change in working ability/%** |  |

Potvrdzujem správnosť poskytnutých údajov a súhlasím so spracovaním vyššie uvedených osobných údajov pre účely mojich súčasných i budúcich zmluvných vzťahov so spoločnosťou Eli Lilly Slovakia s.r.o. ako aj pre plnenie oznamovacích povinností Eli Lilly Slovakia s.r.o. voči kompetentným úradom.

Potvrdzujem týmto, že som si vedomý/á, že spoločnosť Lilly môže údaje, ktoré som poskytol/a v tomto formulári použiť v súlade s Oznámením o ochrane osobných údajov.

Podpis:

Dátum: