**DOHODA O VYKONANÍ PRÁCE NA ZÁKLADE RÁMCOVEJ ZMLUVY**

**uzatvorenej podľa ust. § 226 zák. č. 311/2001 Z.z., zákonník práce (ďalej len „Dohoda“)**

<<Today\_\_s>>

<<Account\_MERC\_Title\_Desc\_GLBL>>

<<Account\_MERC\_Sfx\_Nm\_GLBL>>

<<Account\_MERC\_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>>

Táto Dohoda je vystavená na základe Rámcovej zmluvy o poskytovaní služieb medzi spoločnosťou Lilly a Zdravotníckym pracovníkom (ďalej len „Zmluva“) a riadi sa podmienkami tejto Zmluvy. **V súlade s podmienkami Zmluvy a tejto Dohody sa Zdravotnícky pracovník zaväzuje, že vykoná pre spoločnosť Lilly nasledujúcu prácu (ďalej len „Práca“):**

*<<Form\_HCP \_number\_of\_hours\_of\_work>>*

*(Rozsah práce nesmie presiahnuť 350 hodín za rok a výkon práce nesmie presiahnuť 12 hodín počas 24 hodín po sebe idúcich)*

Prednášky alebo moderovanie na edukačných či vedeckých stretnutiach <<Meeting\_MERC\_Type\_MERC>>

(*alebo)*

Účasť na zasadaní poradného výboru (advisory board)

*(alebo*)

Poradenské služby týkajúce sa <<Meeting\_MERC\_Type\_MERC>>.

Práca podľa predchádzajúcich ustanovení zahŕňa i prípravu natúto Prácu.

Práca začne dňa *<<Meeting\_MERC\_Start\_Time\_In\_Meeting\_Time\_Zone>>* a bude ukončená dňa <<Meeting\_MERC\_End\_Time\_In\_Meeting\_Time\_Zone\_MERC>>.

*(vyberte, ak je to relevantné*)

**Stretnutie:** <<Meeting\_MERC\_Name>>

**Téma:** <<Meeting\_Participant\_MERC\_Topic\_Area\_MERC>>

**Dátum:**  <<Meeting\_MERC\_Date\_of\_Event\_MERC\_\_s>>

**Mesto:**  <<Meeting\_MERC\_City\_of\_Meeting\_MERC>>

**Iné (voliteľné):** <<Form\_Additional requirements>>

**Názov Práce:** <<Form\_Main\_Topic>>

**Celková čiastka(brutto):** <<Meeting\_Participant\_MERC\_Total\_Honorarium\_MERC>>

Spoločnosť Lilly vykoná platbu po riadnom vykonaní Práce a prevedie príslušné finančné prostriedky na bankový účet uvedený vo Formulári údajov o Zdravotníckom pracovníkovi.

Odôvodnené výdavky sa budú hradiť v súlade s článkom 1 Všeobecných podmienok a po vyplnení formulára vyúčtovania výdavkov.

Nasledujúce osobitné podmienky sa vzťahujú na vykonávanú Prácu:

Iné, týkajúcej sa povinností Zdravotníckeho pracovníka.: <<Form\_Additional requirements>>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  |   =   |  | | --- | |  |   =   |  | | --- | |  |   = |
| |  | | --- | |  |   =   |  | | --- | |  |   =   |  | | --- | |  |   = |
| |  | | --- | |  |   =   |  | | --- | |  |   =   |  | | --- | |  |   = |
| |  | | --- | |  |   =   |  | | --- | |  |   =   |  | | --- | |  |   = |

Zdravotnícky pracovník bezodkladne upovedomí Lilly o akejkoľvek sťažnosti týkajúcej sa výrobkov Lilly, vrátane sťažností týkajúcich sa kvality výrobkov a nežiaducich udalostí , o ktorých sa dozvie. Nežiaduca udalosť je akákoľvek nepriaznivá zdravotná udalosť u pacienta alebo účastníka klinického skúšania, ktorému  sa podáva liek, ktorá nemusí mať príčinnú súvislosť s týmto liekom. Zdravotnícky pracovník upovedomí Lilly tiež o prípadoch užitia lieku v tehotenstve a počas dojčenia, nesprávneho použitia, zneužitia či predávkovania liekom, o chybách v medikácii, nedostatočnej účinnosti lieku, použitia v nesúlade so schváleným Súhrnom charakteristických vlastností lieku (off label), profesionálnej expozície  a prenosu pôvodcu infekcie Lilly výrobkom. Akákoľvek udalosť, v rámci ktorej dôjde k úmrtiu alebo podozreniu na úmrtie, ďalej potom všetky prípady podozrenia na falšovanie či nedovolené pozmeňovanie týkajúce sa Lilly výrobkov, mali by  byť nahlásené do 24 hodín od doručenia informácie. Všetky ostatné udalosti by mali byť nahlásené do jedného pracovného dňa. Zdravotnícky pracovník bude plne spolupracovať so spoločnosťou Lilly, aby zodpovedal všetky jej otázky tak, aby Lilly bola schopná zaviesť príslušné opatrenia súvisiace s výskytom uvedených udalostí. Kontakt: phv\_czsk@lilly.com

---------------------------------------- ---------------------------------------- --------------------------

Podpis Zdravotníckeho pracovníka Meno tlačeným písmom Dátum

---------------------------------------- ---------------------------------------- -------------------------

Podpis spoločnosti Lilly Meno a funkcia tlačeným písmom Dátum

Na základe plnej moci