

# FICHE DE CONTACT – PROFESSIONNEL DE SANTE

*Informations préalables obligatoires avant tout accord de contractualisation*

I. IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL DE SANTE	
<b>NOM</b>	
<b>PRENOM</b>	
<b>ADRESSE D'EXERCICE PROFESSIONNEL</b>	
<b>IDENTIFIANT R.P.P.S.</b>	
<b>TELEPHONE PORTABLE ET/OU POSTE FIXE PROFESSIONNEL</b>	
<b>SPECIALITE</b>	
<b>ACTIVITE PRINCIPALE</b>	<input type="checkbox"/> Hospitalier (Secteur public) <input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> Salarié du privé <input type="checkbox"/> Interne
<b>SIGNATURE ELECTRONIQUE DU CONTRAT DE PRESTATIONS DE SERVICES</b>	Adresse email professionnelle :
<b>CURRICULUM VITAE (CV)</b>	Transmission de votre CV à votre contact AbbVie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Merci de joindre votre curriculum vitae)
<b>STATUT PROFESSIONNEL</b> <i>(plusieurs statuts peuvent se cumuler)</i>	<p><b>(1) Hospitalier fonctionnaire ou agent public :</b></p> <p><input type="checkbox"/> OUI (*)   <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Vous déclarez soit :</p> <p><input type="checkbox"/> ne pas être immatriculé auprès de l'URSSAF et bénéficier de l'affiliation aux assurances sociales du régime général de la sécurité sociale (article L.311-3, 27° du Code de la Sécurité Sociale).</p> <p><input type="checkbox"/> être immatriculé URSSAF en qualité de travailleur indépendant - compléter le statut ci-dessous :</p> <p>Votre numéro d'immatriculation :</p> <p>Votre numéro SIRET :</p>

## FICHE DE CONTACT – PROFESSIONNEL DE SANTE

### *Informations préalables obligatoires avant tout accord de contractualisation*

	<p>Et préciser si assujetti à la TVA : <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si OUI (*), cocher l'une des situations relatives à l'autorisation de cumul d'activités :</p> <p><input type="checkbox"/> Soumis à autorisation Directeur Hôpital + Doyen Université (PU-PH, MCUPH, CCA)</p> <p><input type="checkbox"/> Soumis à autorisation du Directeur Hôpital (PH)</p> <p><input type="checkbox"/> Soumis à déclaration hiérarchie (temps partiel - Inférieur à 70% de la durée légale du travail -compléter l'attestation sur l'honneur jointe)</p> <p>Indiquer le délai estimé pour l'obtention de l'autorisation de cumul d'activité :</p>
	<p><b><u>(2) Salarié d'un établissement de santé privé - Contrat établi avec l'établissement de santé privé employeur :</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p> <p><b>Si OUI, compléter l'identification de l'établissement de santé employeur ci-dessous (Voir II. IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE page 3).</b></p> <p>Le numéro d'immatriculation URSSAF de votre établissement :</p> <p>Le numéro SIRET de votre établissement :</p> <p>Et préciser si assujetti à la TVA : <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p>
	<p><b>(3) Activité libérale - immatriculé URSSAF</b></p> <p><input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si OUI, indiquer :          Votre numéro d'immatriculation :          Votre numéro SIRET :</p> <p>Et préciser si assujetti à la TVA : <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p> <p><b>Votre activité est-elle inscrite au Registre du commerce et des sociétés ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p>

## FICHE DE CONTACT – PROFESSIONNEL DE SANTE

*Informations préalables obligatoires avant tout accord de contractualisation*

	<p><b>Si OUI, compléter l'identification de votre société (III. IDENTIFICATION DE LA SOCIETE DU PROFESSIONNEL DE SANTE (Voir page 4))</b></p>
	<p><b>(4) Retraité</b></p> <p><input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si OUI, préciser :</p> <p><input type="checkbox"/> Inscrit au tableau de l'Ordre</p> <p><input type="checkbox"/> Radié du tableau de l'Ordre</p> <p>Et</p> <p><input type="checkbox"/> Être immatriculé URSSAF en qualité de travailleur indépendant</p> <p>Votre numéro d'immatriculation :          Votre numéro SIRET :          Et préciser si assujetti à la TVA : <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p>
<p><b>II. IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE</b>  <i>(si « OUI » au statut juridique (2))</i></p>	
<p><b>Raison social, adresse siège social, n° SIRET, n° SIREN, n° FINESS</b></p>	
<p><b>Nom, prénom et fonction du représentant légal (signataire du contrat de prestation de services)</b></p>	
<p><b>Signature électronique du contrat de prestations de services</b></p>	<p>Adresse email professionnelle du représentant légal signataire du contrat :</p>
<p><b>Nom, prénom et fonction du contact au sein de l'établissement de santé (si différent du représentant légal ou PDS désigné pour la prestation)</b></p>	
<p><b>TVA Intracommunautaire</b></p>	<p>Assujetti à la TVA :  <input type="checkbox"/> OUI   <input type="checkbox"/> NON</p>

## FICHE DE CONTACT – PROFESSIONNEL DE SANTE

### *Informations préalables obligatoires avant tout accord de contractualisation*

	Si OUI, indiquer n° TVA intracommunautaire :
<b>Rémunération</b>	<input type="checkbox"/> Rémunération perçue exclusivement par l'établissement de santé employeur (sans possibilité de reversement au professionnel de santé)  <input type="checkbox"/> Rémunération reversée en tout ou partie au professionnel de santé – <i>Préciser le pourcentage reversé :                      %</i>
<b>III. IDENTIFICATION DE LA SOCIETE DU PROFESSIONNEL DE SANTE</b>	
<b>Raison social, adresse siège social, n° SIRET</b>	
<b>Numéro d'enregistrement au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS), Ville de déclaration au RCS</b>	
<b>Capital</b>	
<b>Nom, titre et fonction du représentant de la société</b>	
<b>Signature électronique du contrat de prestations de services</b>	Adresse email professionnelle :
<b>Cette société est-elle détenue par plusieurs associés ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

AbbVie est responsable des traitements des données à caractère personnel mis en œuvre au titre de la gestion interne de ses activités pharmaceutiques. Les traitements de vos données à caractère personnel sont ainsi nécessaires pour permettre à AbbVie d'assurer légitimement la gestion des relations professionnelles et contractuelles avec les professionnels de santé et tout tiers personne physique et la satisfaction de ses obligations légales subséquentes.

En particulier, les catégories de données traitées sont (i) vos données d'identification et (ii) les données liées à votre vie professionnelle et proviennent de notre fichier mis en œuvre dans le respect de l'ensemble des conditions exigées par le Règlement Général sur la Protection des Données et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée dite Loi « Informatique et Libertés ».

Vos données sont destinées à AbbVie et les sous-traitants d'AbbVie qui réalisent en tout ou partie pour le compte d'AbbVie la gestion interne des activités pharmaceutiques d'AbbVie, et qui présentent à ce titre des garanties suffisantes au titre de la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles appropriées, en particulier en termes de confidentialité et de sécurité, la maison mère d'AbbVie, AbbVie Inc (Etats-Unis d'Amérique), dans le cadre de la gestion en tout ou partie pour le compte d'AbbVie du suivi de ses relations avec les professionnels de santé, des activités de consolidation et de contrôle de la gestion financière du Groupe AbbVie, de consolidation des informations relatives à la transparence des liens.

Vos données sont également destinées à toute autorité à laquelle AbbVie doit communiquer des informations pour satisfaire à ses obligations légales.

Le transfert de vos données vers la maison mère d'AbbVie, AbbVie Inc (Etats-Unis d'Amérique) est encadré par les clauses contractuelles types garantissant un niveau de protection suffisant des données personnelles. En cas de transfert subséquent vers des pays ne disposant pas de réglementation protectrice des données personnelles, AbbVie s'assurera contractuellement que les données continueront à bénéficier d'une protection adéquate. Vous avez la possibilité de vous procurer une copie des clauses contractuelles types encadrant le transfert des données en vous adressant à [privacyoffice@abbvie.com](mailto:privacyoffice@abbvie.com).

Vous êtes informés qu'en aucun cas vos données ne seront communiquées à des tiers non autorisés et en particulier vos données ne feront en aucun cas l'objet de commercialisation.

Vos données sont conservées pendant dix ans à compter de votre enregistrement comptable dans nos systèmes, vos données seront ensuite supprimées.

Conformément à la réglementation, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification, du droit de limiter le traitement de vos données, du droit à la portabilité de vos données à caractère personnel lorsque la réglementation le prévoit, du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL et du droit de définir des directives particulières relatives au sort de vos données après votre décès. Vous disposez également d'un droit d'opposition et d'un droit à l'effacement de vos données à caractère personnel.

## **FICHE DE CONTACT – PROFESSIONNEL DE SANTE**

### ***Informations préalables obligatoires avant tout accord de contractualisation***

*Vous pouvez à tout moment contacter le délégué à la protection des données UE d'AbbVie et/ou soumettre votre demande relative à la protection de la vie privée sur [abbvie.com/contactus.html](http://abbvie.com/contactus.html) en sélectionnant « Demande relative à la protection de la vie privée », ou par e-mail à [privacyoffice@abbvie.com](mailto:privacyoffice@abbvie.com).  
Pour toute information complémentaire, nous vous invitons à consulter notre Politique de confidentialité [<http://www.abbvie.fr/privacy/home.html>]. »*

### **ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

#### **NON-SOUMISSION A OBLIGATION D'AUTORISATION DE CUMUL D'ACTIVITES**

***(A remplir uniquement si vous n'êtes pas soumis à cette obligation)***

Je soussigné(e)

[Titre NOM Prénom]

[Profession/Spécialité]

Exerçant au sein de [Nom de l'établissement, adresse de l'établissement],

Atteste occuper, au sein de l'établissement de santé susvisé, un emploi permanent à temps non complet pour lequel la durée du travail est inférieure ou égale à 70 % de la durée légale ou réglementaire du travail, conformément à l'article 25 septies, II, 2° de la loi du 13 juillet 1983 portant droit et obligations des fonctionnaires.

En conséquence et en application du chapitre II du décret n°2020-69 du 30 janvier 2020, j'atteste ne pas être soumis à l'obligation d'obtenir l'autorisation pour réaliser la(es) prestation(s) qui m'est (me sont) confiée(s) par AbbVie mais reconnais expressément par la présente avoir déclaré à mon autorité hiérarchique la(es)dite(s) prestation(s).

Fait à [Ville], le [Date].

Signature