

## **Anexo Técnico 2**

**"Modelo mínimo de información que deberá contener el consentimiento previo, expreso e informado, para el Registro de Transferencia de Valor del Sector Salud".**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Fecha:**

**Ciudad:**

Yo, identificado con CC, en mi calidad de representante legal de (nombre o razón social de la persona o institución receptora de transferencia de valor): xxxxxxxx con NIT xxxxxxxxxxxx; en virtud de los artículos 9° y 12° de la Ley 1581 de 2012, autorizo en forma permanente al ministerio de Salud y Protección Social, para que publique la información que sea reportada a mi nombre por parte de la institución SCANDINAVIA PHAMRA LTDA, identificado/a con NIT No. 800 133 807-1, al Registro de Transferencias de Valor del Sector Salud establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Soy consciente de que la mencionada publicación de información se realiza en aras de garantizar la transparencia las relaciones entre actores del sector salud y la industria farmacéutica y de tecnologías en salud. Además, declaro que tengo conocimiento de los derechos que me asisten en mi calidad de Titular de datos personales, consagrados en el artículo 8° de la Ley 1581 de 2012.

---

Firma del receptor de la transferencia.

CC.

Este documento fue enviado al correo: