**Анкета на предоставление гранта или благотворительного пожертвования от компании Лилли**

Lilly стремится оказывать финансовую поддержку организациям и учреждениям, способствующим повышению качества медицинского обслуживания и лечения больных.  Каждый запрос будет рассмотрен по существу.

Lilly и запрашивающая сторона оставляют за собой право публичного раскрытия информации о предоставленной благотворительной помощи, включая, но не ограничиваясь, название организации, получившей благотворительную помощь, размер благотворительной помощи, описание программы для проведения котрой была предоставлена помощь, а также дату передачи средств.

Вам необходимо предоставить следующие документы, при необходимости:

* Заполненная анкета. В бланке анкеты есть поля, которые должны быть обязательно заполнены.
* Цели программы и пользу, которую получат пациенты, благотворительные или местные сообщества от программы / деятельности.
* Повестка дня и ожидаемое количество участников, если вы делаете запрос на проведение собрания для целей обучения.
* Смету расходов запрашиваемых денежных средств.

Вы ознакомитесь с данными требованиями в ходе процедуры рассмотрения заявления, а в необходимых случаях - в виде запроса о предоставлении дополнительных сведений.

Приложите любую другую информацию, которая, по Вашему мнению, необходима для рассмотрения завления о предоставлении денежных средств. В завлении могуг упоминаться многие другие сферы деятельности, поэтому у Вас может быть дополнительная информация, которую, нам будет полезно узнать.

Пожалуйста, заполните Анкету, распечатайте, подпишите, сделайте скан копию вместе с сопроводительными документами и направьте одним файлом формата pdf на электронный адрес [russia\_donation@lilly.com](mailto:russia_donation@lilly.com).

Оригинал заполненной Анкеты вместе с сопроводительными документами можно направить по адресу: 123112, г. Москва, Пресненская набережная, 10, ООО «Лилли Фарма».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Сведения о запрашивающей организации** | | |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Юридическое название |  | | Click or tap here to enter text. |
|  | Фактическое местонахождение |  |
|  | Строка адреса 1: | Click or tap here to enter text. |
|  | Строка адреса 2: | Click or tap here to enter text. |
|  | Город: | Click or tap here to enter text. |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Страна: |  | |  |
|  | Область/край/республика: |  |
|  | Индекс: | Click or tap here to enter text. |
|  | Идентификационный номер (ИНН) | Click or tap here to enter text. |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Освобождена ли ваша организация от уплаты налогов согласно местному налоговому законодательству? |  | | Да  Нет |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Является ли данная организация государственным или общественным учреждением здравоохранения (муниципальные или университетские клиники считаются государственными больницами): |  | | Да  Нет |
|  | **Сведения об основном контактном лице** |  |
|  | Имя контактного лица: | Click or tap here to enter text. |
|  | Должность контактного лица: | Click or tap here to enter text. |
|  | Адрес эл. почты: | Click or tap here to enter text. |
|  | Рабочий телефон: | Click or tap here to enter text. |
|  | Мобильный телефон: | Click or tap here to enter text. |
|  | Факс: | Click or tap here to enter text. |
|  | **Альтернативные контактные данные (если имеются)** |  |
|  | Имя контактного лица: | Click or tap here to enter text. |
|  | Должность контактного лица: | Click or tap here to enter text. |
|  | Адрес эл. почты: | Click or tap here to enter text. |
|  | Рабочий телефон: | Click or tap here to enter text. |
|  | Мобильный телефон: | Click or tap here to enter text. |
|  | Факс: | Click or tap here to enter text. |
|  | **Контактные данные Lilly** |  |
|  | Основное контактное лицо компании Lilly (укажите "Нет сведений", если не знаете): | Click or tap here to enter text. |
|  | Должность контактного лица компании Lilly: | Click or tap here to enter text. |
| z | Номер телефона контактного лица компании Lilly: | Click or tap here to enter text. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ИНФОРМАЦИЯ О ПРОГРАММЕ / ПРОЕКТЕ** |  |  |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Укажите характер запроса: |  | |  |  |
|  | Если другой, опишите: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Название программы или проекта: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Приложите подробное описание программы или проекта и его обучающей/благотворительной цели, указав также: (a) какую пользу получат пациенты, и/или (b) как улучшится качество ухода за больными в результате данного запроса. |  | Приложите описание |
|  | Приложите подробный бюджет с разбивкой по статьям расходов и доходов, для которого вы запрашиваете денежные средства. Четко укажите каким образом будут использованы запрошенные денежные средства. |  | Приложите бюджет |
|  | **Сроки и место реализации программы / проекта** |  |  |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Дата начала программы / проекта (ГГГГ-ММ-ДД): |  | |  | 0000-00-00 |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Дата окончания программы / проекта (ГГГГ-ММ-ДД): |  | |  | 0000-00-00 |
|  | Количество участников (укажите "Нет сведений", если не знаете): |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Количество получателей услуг (укажите "Нет сведений", если не знаете): |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Место проведения / Местонахождение: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Укажите сведения об участниках программы или целевых получателях услуг, которые будут финансироваться в рамках программы / проекта. А также укажите критерии отбора специалистов. |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Если ваш запрос заключается в финансировании программы, возможно ли посещение этой программы представителями компании Лилли? |  |  |
|  | Будет ли взиматься дополнительная плата за участника от компании Lilly? |  |  |
|  | Если да, укажите сумму: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | **Аккредитация** |  |  |
|  | Будет ли данная программа (проект) аккредитована? |  | Да  Нет |
|  | Если да, ответьте на следующие вопросы: |  |  |
|  | Аккредитующая организация: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | ФИО контактного лица аккредитующей организации: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Адрес аккредитующей организации: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Рабочий телефон аккредитующей организации: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Мобильный телефон аккредитующей организации: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Факс аккредитующей организации: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | **Финансовая информация и платежные реквизиты** |  |  |
|  | Сумма, запрошенная у Lilly (укажите тип валюты): |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Общая сумма финансирования, необходимая для завершения программы / проекта: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Будете ли вы, по-прежнему, заинтересованы в получении средств, если Lilly сможет предоставить только часть запрошенной суммы? |  | Да  Нет |
|  | Запрашивалось ли финансирование данной программы / проекта в каких-либо других филиалах, департаментах компании Lilly и пр.? |  | Да  Нет |
|  | Если да, укажите где: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Запрашивалось ли финансирование данной программы / проекта в других организациях кроме Лилли? |  | Да  Нет |
|  | Если да, укажите где: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Финансирование требуется не позднее: |  | |  | 0000-00-00 |
|  | Получала ли ваша организация финансирование от любых подразделений компании Lilly за последние 12 месяцев? |  | Да  Нет |
|  | Если да, предоставьте подробные сведения о программе, сумме и дате получения: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | В случае одобрения денежные средства перечислить в: |  |  |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Организация - получатель: |  | |  | Click or tap here to enter text. |
|  | ФИО контактного лица получателя: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Адрес получателя: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Рабочий телефон получателя: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Мобильный телефон получателя: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Факс получателя: |  | Click or tap here to enter text. |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Название банка получателя: |  | |  | Click or tap here to enter text. |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Местонахождение банка (город, провинция, область): |  | |  | Click or tap here to enter text. |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Владелец банковского счета: |  | |  | Click or tap here to enter text. |
|  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Номер банковского счета: |  | |  | Click or tap here to enter text. |
|  | Произведенные платежи запрещено пересылать на абонентский почтовый ящик. Электронные банковские переводы возможны, **только** если платеж осуществляется в валюте страны, в которую должен производиться платеж. Если вы отвечаете этим требованиям, и ваш запрос одобрен, от вас потребуется предоставить все реквизиты для электронного банковского перевода. |  |  |

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

В следующем поле можно указать любую дополнительную информацию, которая не поместилась в ответах на предыдущие вопросы, а также другую важную информацию, касающуюся отношений вашей организации или кого-либо из частных лиц с органами государственной власти и их представителями.



**Поручение оператора персональных данных на обработку персональных данных**

Подписывая настоящее соглашение в качестве уполномоченного представителя указанного ниже юридического лица (далее "**Оператор**"), Вы соглашаетесь с указанными ниже условиями и поручаете каждому из следующих юридических лиц осуществлять обработку персональных данных в соответствии с указаниями Оператора на указанных ниже условиях:

(i) ООО «Лилли Фарма», с местом нахождения по адресу: Российская Федерация, 123317, г. Москва, Пресненская набережная, 10;

(ii) АО «Эли Лилли Восток С.А.», с местом нахождения по адресу: Air Center, chemin des Coquelicots, 16, 1214 Vernier, Geneva, Швейцария, действующему через Московское Представительство, расположенное по адресу: Россия, 123317, Москва, Пресненская набережная, 10, далее совместно именуемые "**Обработчики**".

1. Каждый из Обработчиков вправе обрабатывать персональные данные по поручению Оператора исключительно в целях осуществления сотрудничества между Оператором и Обработчиками, включая коммуникации с Оператором как потенциальным контрагентом и заключение и исполнение договоров с Оператором, а также для обеспечения соблюдения применимых законов, подзаконных актов, и, если применимо, локальных нормативных актов и политик Обработчиков.

2. Настоящее поручение распространяется на любые персональные данные, предоставленные Оператором любому из Обработчиков (в том числе путем заполнения анкет и предоставления копий документов), а также дополнительные персональные данные о соответствующих субъектах персональных данных, которые могут быть получены Обработчиками или их субподрядчиками из общедоступных источников персональных данных, персональных данных, доступ неограниченного круга лиц к которым предоставлен субъектами персональных данных либо по их просьбе, подлежащих опубликованию или обязательному раскрытию в соответствии с федеральным законом, доступных в средствах массовой информации, в Интернете и иных аналогичных источниках. В частности, к таким данным относятся фамилия, имя, отчество Генерального директора и информация о владельцах (участниках, акционерах) Оператора, включая фамилию, имя, отчество владельцев (участников, акционеров) - физических лиц.

3. Вы настоящим подтверждаете, что Оператор должным образом уполномочил Вас подписывать настоящее соглашение и поручать обрабатывать персональные данные от имени Оператора в полном соответствии с применимым законодательством.

4. При исполнении настоящего соглашения каждый из Обработчиков вправе привлекать и разрешать свои субподрядчикам привлекать в качестве субподрядчиков, а также предоставлять и поручать обрабатывать персональные данные следующим лицам:

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование** | Эли Лилли энд Компани |
| **Адрес** | Lilly Corporate Center, Indianapolis, Indiana, 46285, Соединенные Штаты Америки |
| **Наименование**  **Адрес** | Стил СиАйЭс Инкорпорэйтед (Steele CIS, Incorporated)  One Sansome Street, Suite 3500, San Francisco, CA 94104, Соединенные Штаты Америки |

5. Каждый из Обработчиков вправе совершать следующие действия (операции) с персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (включая предоставление, трансграничную передачу, доступ), блокирование, удаление, уничтожение, с использованием средств автоматизации (включая передачу данных через сети интранет и Интернет), без использования средств автоматизации и путем сочетания вышеупомянутых методов (при помощи способов, обеспечивающих конфиденциальность таких данных, за исключением случаев, установленных применимым правом). Трансграничная передача персональных данных может осуществляться на территорию любого государства, включая США и иные государства, которые не обеспечивают адекватную защиту прав субъектов персональных данных, включая компетентные государственные органы.

6. Обработчики обязаны соблюдать принципы и правила обработки персональных данных, предусмотренные Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных". Обработчики обязаны соблюдать конфиденциальность персональных данных и обеспечивать безопасность персональных данных при их обработке, не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные без согласия субъекта персональных данных (за исключением случаев, предусмотренных настоящим соглашением или федеральным законом).

7. Обработчики обязаны соблюдать требования к защите персональных данных в соответствии со статьей 19 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

8. Оператор настоящим заверяет Обработчиков в том, что Оператором были получены все необходимые согласия субъектов персональных данных в предусмотренной законодательством форме либо у Оператора имеются иные правовые основания для того, чтобы передавать и поручать обработку персональных данных Обработчикам, их субподрядчикам и компетентным государственным органам, а также что все соответствующие субъекты персональных данных уведомлены об осуществлении обработки их персональных данных Обработчиками. В случае если Оператором или иными соответствующими лицами не выполнены соответствующие требования, предусмотренные законодательством, в том числе о получении согласий, об уведомлении субъектов персональных данных или иные применимые требования, Обработчики и все компании группы компаний Эли Лилли освобождаются от ответственности за любые убытки или вред, причиненные в результате такого невыполнения Оператором или иными лицами требований применимого законодательства.

9. Обработчики, получающие персональные данные для их обработки без использования средств автоматизации, настоящим подтверждают, что они проинформированы о (1) факте обработки ими персональных данных, обработка которых осуществляется без использования средств автоматизации, (2) категориях обрабатываемых персональных данных, а также (3) особенностях и правилах осуществления такой обработки. Обработчики обязуются соблюдать применимые требования к обработке персональных данных без использования средств автоматизации, в том числе ознакомить своих работников, вовлеченных в такую обработку, с указанной в настоящем пункте информацией.

10. Каждый из Обработчиков самостоятельно обрабатывает персональные данные в рамках соответствующего поручения Оператора. Расторжение или прекращение соглашения в отношении одного из Обработчиков в силу любых причин не влечет за собой автоматического расторжения или прекращения соглашения в отношении другого Обработчика.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Полное наименование Оператора: |  | Click or tap here to enter text. | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | |  |
|  | Юридический адрес Оператора: |  | Click or tap here to enter text. | | | | |  |
|  |  |  | Click or tap here to enter text. |  | Click or tap here to enter text. |  | Click or tap here to enter text. |  |
|  | Подпись |  | Фамилия И.О. |  | Должность |  | Дата |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СООТВЕТСТВИИ ЗАКОНАМ ПО БОРЬБЕ С КОРРУПЦИЕЙ**

Я настоящим подтверждаю:

* + что я являюсь уполномоченным представителем указанной выше организации;
  + что предоставленные мной сведения являются, насколько мне известно, верными и полными;
  + что я понимаю, что Лилли будет полагаться на данные сведения при принятии решения о предоставлении благотворительного пожертвования;
  + что я даю согласие на хранение и передачу моих персональных данных сведений компанией Лилли в соответствии с применимыми правовыми нормами;
  + что в случае предоставления компанией Лилли благотворительного пожертвования, ни один из руководящих работников, директоров, владельцев, лиц, или представителей компании / организации не передал, не передаст и не попытается непосредственно или косвенно передать что-либо ценное сотрудникам органов государственной власти или официальным лицам, политическим партиям, кандидатам на государственную должность от политической партии или каким-либо другим частным лицам или организациям с целью получения или сохранения деловой выгоды или приобретения неправомочных коммерческих преимуществ; и
  + что я понимаю, что компания Лилли вправе использовать предоставленные мною в данной анкете сведения, также как и все сведения обо мне и других лицах, упомянутых в данной анкете и имеющих отношение к цели данной анкеты, в соответствии с поручением оператора на обработку персональных данных. Также я подтверждаю, что в случае предоставления мною каких-либо сведений о других лицах у меня есть соответствующее разрешение на предоставление таких сведений.

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И ПОДПИСЬ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фамилия и инициалы печатными буквами**  Click or tap here to enter text. | | |
| **Должность** |  | Click or tap here to enter text. |
| **e-mail** |  | Click or tap here to enter text. |
| **Подпись** |  | **Дата** Click or tap here to enter text. |

**Заявление на предоставление гранта или благотворительного пожертвования от компании Lilly.** [**Уведомление о защите персональных данных**](https://cms.securimate.com/cms/ddq/clientACLs/LillyPrivacyNotice_148_021314.pdf) **для негосударственных организаций.**

\* Все поля являются обязательными.  
Top of Form

Щелкните здесь, чтобы добавить руководящего работника

При вводе имен частных лиц вы увидите, что для ввода информации имеется только 4 поля. Если необходимо ввести более 4 лиц, просто сохраните информацию, а затем нажмите "Щелкните здесь, чтобы добавить руководящего работника" для ввода дополнительных имен повторно нажмите на кнопку.  
  
**Данный раздел предназначен только для ввода лиц, названия компаний. Вводите в закладке "Отношение".**   
  
  
ЧЛЕНЫ СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ: Перечислите всех членов Совета директоров вашей организации

| **Имя**  Click or tap here to enter text. | **Адрес эл. почты**  Click or tap here to enter text. | **Должность**  Click or tap here to enter text. | **Адрес**  Click or tap here to enter text. | **Гражданство**  Click or tap here to enter text. |
| --- | --- | --- | --- | --- |

РУКОВОДЯЩИЕ РАБОТНИКИ ОРГАНИЗАЦИИ: Перечислите всех руководящих работников вашей организации

| **Имя**  Click or tap here to enter text. | **Адрес эл. почты**  Click or tap here to enter text. | **Должность**  Click or tap here to enter text. | **Адрес**  Click or tap here to enter text. | **Гражданство**  Click or tap here to enter text. |
| --- | --- | --- | --- | --- |

РУКОВОДЯЩИЕ РАБОТНИКИ ВЫСШЕГО ЗВЕНА: Перечислите всех руководящих работников высшего звена вашей организации

| **Имя**  Click or tap here to enter text. | | **Адрес эл. почты**  Click or tap here to enter text. | **Должность**  Click or tap here to enter text. | **Адрес**  Click or tap here to enter text. | **Гражданство**  Click or tap here to enter text. |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| [Продолжить](javascript:void(0)) |
| [Сохранить и закрыть](javascript:void(0)) |
| [Вернуться | Редактировать](javascript:void(0)) |

Bottom of Form

**Заявление на предоставление гранта или благотворительного пожертвования от компании Lilly**. [**Уведомление о защите персональных данных**](https://cms.securimate.com/cms/ddq/clientACLs/LillyPrivacyNotice_148_021314.pdf) **для негосударственных организаций.**

\* Все поля являются обязательными.

Top of Form



**АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОЦЕНКА**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Определение: "Государственная или общественная организация" означает любое из нижеследующего:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. орган государственной власти или какие-либо его ведомства, организации или учреждения; 2. организация, учреждение или другое юридическое лицо, находящееся в государственной собственности или под управлением государства, включая больницу или университет, находящийся в государственной собственности; или 3. международная общественная организация (например, Организация Объединенных Наций, Международный валютный фонд, Международный Красный Крест и Всемирная организация здравоохранения) или какие-либо ее ведомства, организации или учреждения; 4. политическая партия или организация, находящаяся в собственности или под управлением политической партии, или кандидат на государственную должность или должность от политической партии.   **"Государственное или официальное лицо"** означает руководящего или рядового работника или другое лицо, действующее в каком-либо официальном качестве (с оплачиваемой занятостью или нет) в интересах государственной или общественной организации. |  |
| **Являются ли какие-либо лица в вашей организации или лица, сведения о которых указаны в данной анкете:** |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Избранным или назначенным действующим должностным лицом, работником, доверенным лицом или представителем какого-либо государственного ведомства или учреждения или находящейся в государственной собственности или под управлением государства компании |  | | Да  Нет |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Действующим должностным лицом или работником политической партии, или частным лицом, работающим в интересах политической партии или политической кампании |  | | Да  Нет |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Действующим кандидатом на государственную должность от политической партии или избранным лицом, занимающим государственную должность от политической партии |  | | Да  Нет |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Действующим должностным лицом, доверенным лицом или работником финансируемой государством или международной общественной организации (например, ООН, МВФ, Красный Крест, ВОЗ и пр.) |  | | Да  Нет |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Другие взаимоотношения с органами государственной власти. |  | | Да  Нет |
| В случае "других взаимоотношений с органами государственной власти", поясните: | Click or tap here to enter text. |
| **Имеет ли право ваша организация или какие-либо лица в вашей или любой другой организации, сведения о которых указаны в данной анкете, принимать или влиять на решения или рекомендации, касающиеся ЛЮБОГО из нижеуказанного?** |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Официальное установление цен на продукцию Lilly; |  | | Да  Нет |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Включение продукции Lilly в формулярные списки и стандарты лечения; |  | | Да  Нет |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Предоставление компенсации на продукцию Lilly; |  | | Да  Нет |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Ведомственная закупка продукции Lilly; |  | | Да  Нет |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Одобрение регистрации, разрешений или другой разрешительной документации, относящейся к продуктам или деятельности Lilly; |  | | Да  Нет |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Одобрение регистрации, разрешений или другой разрешительной документации, относящейся к любым другим коммерческим интересамLilly; |  | | Да  Нет |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Другое влияние. |  | | Да  Нет |
| В случае "другого влияния", приведите объяснения: |  |
| Если вы ответили "Да" на любые вышеуказанные вопросы, укажите полное имя лица, его должность в вашей организации или отношения, в которых он состоит с вашей организацией, вид услуг, которые данное лицо будет предоставлять компании Lilly (если имеются), принимающую участие организацию(-и) (все государственные или общественные организации и/или частные организации, в которых имеется влияние), характер отношений лица с организацией (должность или другая важная информация), а также характер влияния в отношении продукции / деятельности компании Lilly (если имеется): | Click or tap here to enter text. |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Есть ли в вашей организации какие-либо сотрудники, которые могут влиять на деятельность Lilly, о которых не было предоставлено сведений при ответе на ранее приведенные вопросы? |  | | Да  Нет |
| Если да, укажите для каждого лица его полное имя и опишите характер влияния: |  |
| Объясните любые обстоятельства, при которых организация или любой сотрудник организации, член Совета директоров или другое лицо, сведения о котором были предоставлены при ответе на ранее приведенные вопросы, будут взаимодействовать с государственными ведомствами или сотрудниками государственных ведомств в связи с какими-либо грантами или пожертвованиями, предоставленными компанией Lilly. |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | \* | Помимо указанной цели запроса, будет ли какая-либо часть гранта или пожертвования, в случае их одобрения, переадресовываться другому лицу или организации? |  | | Да  Нет |
| Если да, укажите полное имя/наименование лица или организации, сумму гранта или пожертвования, которая будет переадресовываться, а также цель, для которой будет использоваться переадресованная часть гранта или пожертвования: |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| [Продолжить](javascript:void(0)) |
| [Сохранить и закрыть](javascript:void(0)) |
| [Вернуться | Редактировать](javascript:void(0)) |