

**Έμμεσο κανάλι**

**Κέντρο πόρων**

**Οδηγίες**

1. Προσαρμόστε τις επισημασμένες ενότητες του προτύπου Ειδοποίησης εργοδότη HCP.
2. Προσαρμόστε ώστε να αντικατοπτρίζει τους τοπικούς νόμους, τους βιομηχανικούς κώδικες ή οποιεσδήποτε άλλες ισχύουσες λεπτομέρειες, όπως απαιτείται. Συνιστάται να τεκμηριώνεται η απόδειξη παράδοσης αυτής της ειδοποίησης.
3. Παρέχετε την Ειδοποίηση εργοδότη HCP στους υπαλλήλους που είναι υπεύθυνοι για την τήρηση αρχείων που σχετίζονται με τις δεσμεύσεις HCP.
4. Βεβαιωθείτε ότι οι σχετικοί υπάλληλοι γνωρίζουν την Ειδοποίηση εργοδότη HCP και τις οδηγίες της εταιρείας σας σχετικά με την τήρηση αρχείων.

**Πώς σας ωφελεί αυτό;**

Η τήρηση αρχείου των ειδοποιήσεων και των εγκρίσεων εργοδοτών HCP θα συμβάλει στην παροχή εύλογων, ξεκάθαρων λεπτομερειών και τεκμηρίωσης σχετικά με τις δεσμεύσεις των HCP. Θα διασφαλίσει επίσης ότι τα βιβλία και τα αρχεία σας αντικατοπτρίζουν με ακρίβεια και δίκαια τις συναλλαγές της εταιρείας σας με εύλογη λεπτομέρεια και θα σας επιτρέψει να πληροίτε τις απαιτήσεις αναφοράς, εάν υπάρχουν, εντός της περιοχής/χώρας σας.

Οι προσκλήσεις σε εκπαιδεύσεις ή/και άλλες εκπαιδευτικές εκδηλώσεις δεν πρέπει να παρέχονται ως παράνομο κίνητρο ή ενθάρρυνση για αγορά, μίσθωση ή σύσταση για τη χρήση οποιουδήποτε προϊόντος ή υπηρεσίας.



|  |
| --- |
| **Περιγραφή**Πριν από την πρόσληψη επαγγελματία υγείας (HCP) και εάν απαιτείται από τον εργοδότη των HCP ή/και την τοπική νομοθεσία, οι διανομείς/πράκτορες θα πρέπει να ειδοποιήσουν τον εργοδότη και να λάβουν την έγκρισή του για την μελλοντική δέσμευση. |

**Άλλη τεκμηρίωση προς εξέταση**

* Οδηγίες για την Αλληλεπίδραση HCP και Κρατικών λειτουργών
* Επιστολή πρόσκλησης HCP

**Ειδοποίηση εργοδότη HCP**

*Έκδοση 1.0*

# **ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΕΡΓΟΔΟΤΗ HCP**

**[ημερομηνία]**

**[όνομα εργοδότη του HCP]**

**[διεύθυνση εργοδότη του HCP]**

Αγαπητέ/ή **[συμπληρώστε το όνομα του εργοδότη του HCP],**

**[εισάγετε το όνομα της εταιρείας]** ζητά **[παρουσία/ραντεβού]** του **[εισάγετε το όνομα του HCP]** ως **[ομιλητής/σύμβουλος]** στο **[εισάγετε όνομα εκδήλωσης].**

Ως **[ομιλητής/σύμβουλος],** αναμένεται να συμμετάσχουν **[εισάγετε στοιχεία εκδήλωσης, συμπεριλαμβανομένου του ονόματος της εκδήλωσης, του διοργανωτή και της τοποθεσίας της εκδήλωσης, συμπεριλαμβανομένης της χώρας, και του σκοπού της εκδήλωσης/εισάγετε λεπτομέρειες σχετικά με τη συμφωνία παροχής συμβουλών].** Αυτή η **[εκδήλωση/συνάντηση]** σχετίζεται με τον/την **[εισάγετε το όνομα του HCP] όσον αφορά τις** επαγγελματικές του δεξιότητες και θα βοηθήσει στην προώθηση της ιατρικής γνώσης.

Αυτή η πρόσκληση δεν έχει σκοπό να επηρεάσει με οποιονδήποτε τρόπο αθέμιτα τις αποφάσεις ενός HCP σχετικά με τη χρήση ιατρικών προϊόντων. Όλα τα έξοδα που καταβάλλονται για λογαριασμό του HCP θα σχετίζονται αυστηρά με την εκπαιδευτική εκδήλωση και την περίοδο που περιγράφεται παραπάνω.

Επικοινωνήστε μαζί μας μέχρι την **[εισάγετε ημερομηνία]** σε περίπτωση που έχετε οποιουσδήποτε προβληματισμούς μέσω email στη διεύθυνση **[διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου]** ή μέσω τηλεφώνου στον αριθμό **[αριθμό τηλεφώνου].**

Με εκτίμηση,

**[όνομα]**

**[τίτλος]**

**[όνομα εταιρείας]**