

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO DE TERCEIROS

REPRESENTANTE AUTORIZADO DA EMPRESA	
Nome completo	
Carga	
Email	
Certifico que recebi, li e compreendi a formação de conformidade fornecida pela Advita Ortho e que completei com sucesso a formação e os testes no site	SIM ☐ NÃO ☐
Certifico que partilhei esta formação com todos os meus colegas, colaboradores e terceiros (agentes, empreiteiros, etc.), especialmente com aqueles que trabalham em nome da Advita Ortho.	SIM ☐ NÃO ☐
Concordo em reportar prontamente quaisquer violações reais ou suspeitas da lei, regulamentos ou das políticas e procedimentos da Advita Ortho através dos canais apropriados, por correio ou linha direta.	SIM ☐ NÃO ☐
Comprometo-me a não expor a Advita Ortho a quaisquer crimes contra as leis e regulamentos da nossa indústria.	SIM ☐ NÃO ☐
Consento que a Advita Ortho e as suas afiliadas transfiram, utilizem e armazenem a informação fornecida neste formulário, de modo a permitir que a Advita Ortho realize investigação sobre os antecedentes legais e empresariais das empresas e indivíduos identificados no formulário. Concordo também que a Advita Ortho transfira, utilize e armazene a informação fornecida neste formulário a um terceiro localizado nos Estados Unidos ou fora do Espaço Económico Europeu com o único propósito de realizar tal investigação em nome da Advita Ortho.	SIM ☐ NÃO ☐

DATA	ASSINATURA E SELO
------	-------------------