

| REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE L'ENTREPRISE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------|
| Nom et prénom                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |           |
| Titre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |           |
| Courrier électronique - email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |           |
| Je certifie que j'ai reçu, lu et compris la formation de conformité dispensée par Advita Ortho et que j'ai passé le test sur l'intranet training avec succès.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | OUI<br><input type="checkbox"/> | INITIALES |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NON<br><input type="checkbox"/> |           |
| Je certifie que j'ai partagé cette formation avec tous mes collègues/employés et les Tiers avec qui je travaille. Toute personne travaillant dans ma société et avec Advita Ortho.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | OUI<br><input type="checkbox"/> | INITIALES |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NON<br><input type="checkbox"/> |           |
| Je m'engage à signaler rapidement toute violation réelle ou présumée de la loi, des règlements ou des politiques et procédures d' Advita Ortho par le biais des canaux électroniques ou de la ligne d'assistance appropriés.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | OUI<br><input type="checkbox"/> | INITIALES |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NON<br><input type="checkbox"/> |           |
| Je m'engage à n'exposer Advita Ortho à aucune infraction des lois ou de son règlement.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | OUI<br><input type="checkbox"/> | INITIALES |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NON<br><input type="checkbox"/> |           |
| J'accepte que les informations fournies dans ce formulaire soient transférées, utilisées et conservées par Advita Ortho et ses filiales afin de permettre à Advita Ortho de mener des recherches sur le contexte juridique et commercial des entreprises et des personnes identifiées dans le formulaire. J'accepte qu'Advita Ortho transfère, utilise et conserve les informations fournies dans ce formulaire à un tiers situé aux États-Unis ou en dehors de l'Espace économique européen dans le seul but de mener ces recherches pour le compte d'Advita Ortho. | INITIALES                       |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                 |           |

|      |                     |
|------|---------------------|
| DATE | CACHET ET SIGNATURE |
|------|---------------------|