

**ISTRUZIONI:**

- Compilare tutti i campi con le informazioni richieste. Se il campo non è pertinente alla sua attività commerciale, scrivere "Non applicabile" (N/A). Si prega di notare che se il campo viene lasciato vuoto, la risposta sarà considerata NO.
- Allegare tutti i documenti richiesti, come il suo codice di condotta aziendale (se disponibile), la registrazione ufficiale della sua società (es. la VISURA, il codice fiscale o partita IVA), le sue politiche e le procedure aziendali relative alla conformità e alla lotta alla corruzione, qualsiasi altra informazione relativa alla risposta SÌ indicata nel questionario.
- Firmare il modulo elettronicamente e inviarlo via email al suo contatto di riferimento in Advita Ortho.
- Si apprezza una sua risposta tempestiva.
- **SI PREGA DI NOTARE CHE NESSUN ACCORDO POTRÀ ESSERE CONCLUSO FINCHÉ NON AVREMO RICEVUTO IL QUESTIONARIO COMPILATO CON TUTTI I DOCUMENTI RICHIESTI A SUPPORTO. UNA VOLTA RICEVUTI, AVREMO BISOGNO DEL TEMPO NECESSARIO PER ESAMINARE E VERIFICARE LE DICHIARAZIONI CONTENUTE NELLE RISPOSTE FORNITE.**

**DEFINIZIONI:**

**PROFESSIONISTA DEL SETTORE SANITARIO (HCP):** anche denominati come HCP (Healthcare Professional) o Operatori Sanitari, sono coloro i quali svolgono la loro attività professionale in ambito sanitario pubblico e/o privato (a titolo esemplificativo medici, infermieri, personale di laboratorio, tecnici, personale amministrativo nell'ambito di strutture sanitarie, ecc.), che nel corso della propria attività professionale abbiano la facoltà, direttamente o indirettamente, di acquistare, noleggiare, raccomandare, gestire, usare, fornire, procurare o determinare l'acquisto, il noleggio o la prescrizione di tecnologie mediche o servizi correlati.

**ORGANIZZAZIONE SANITARIA (HCO):** indica qualsivoglia persona giuridica o ente (indipendentemente dalla forma od organizzazione giuridica), associazione od organizzazione sanitaria, medica o scientifica tramite cui uno o più HCP prestano servizi, oppure che sia in grado di esercitare una influenza diretta o indiretta su qualsivoglia prescrizione, raccomandazione, acquisto, ordine fornitura, utilizzo, vendita o noleggio di tecnologie mediche e di servizi correlati. Esempi: ospedali, uffici acquisti centralizzati, cliniche, laboratori, farmacie, istituti di ricerca, associazioni, fondazioni, università, società scientifiche o altre istituzioni scolastiche o professionali (a eccezione delle associazioni dei pazienti).

**FUNZIONARIO PUBBLICO (PO):** qualsiasi funzionario o ufficiale pubblico, dipendente di qualsiasi governo o entità controllata dal governo in qualsiasi parte del mondo. I funzionari pubblici includono anche partiti politici e funzionari di partito, candidati a cariche politiche e dipendenti di organizzazioni internazionali pubbliche come le Nazioni Unite. I pubblici ufficiali includono anche dipendenti e funzionari di tutti i livelli di qualsiasi impresa commerciale posseduta, parzialmente posseduta, controllata o gestita da un governo. Inoltre, i funzionari pubblici includono qualsiasi persona che agisca in veste ufficiale per o per conto di qualsiasi governo o dipartimento, o a qualsiasi livello di governo federale, statale, provinciale, provinciale o municipale e funzionari simili di qualsiasi governo nel mondo. Gli HCP peranti in strutture pubbliche sono funzionari pubblici ai fini del presente modulo. Inoltre, qualsiasi parente stretto di un funzionario pubblico è considerato come un pubblico ufficiale ai fini del presente questionario.

**PARENTI STRETTI:** includono il coniuge; i nonni o nonne, i genitori, i fratelli, le sorelle, i figli/e, i/le nipoti, le zie e gli zii, i primi cugini/e del coniuge; e i rispettivi coniugi di una di queste persone; oltre a qualsiasi altra persona che condivide la stessa famiglia con l'HCP o il funzionario pubblico.

**MODULO DI REGISTRAZIONE DELLA SOCIETÀ:** è il modulo ufficiale che attesta la registrazione della società nel proprio paese specifico (Visura, codice fiscale, partita IVA, ecc.).

**1. INFORMAZIONI DI BASE**

|                                                    |                                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>1.1. Nome della società e Ragione sociale :</b> |                                                    |
| <b>1.2. Indirizzo:</b>                             |                                                    |
| <b>1.3. Numero di telefono:</b>                    |                                                    |
| <b>1.5. Sito web:</b>                              | <b>1.4. Paese o paesi in cui la società opera:</b> |

**2. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA PERSONA CHE COMPILA QUESTO QUESTIONARIO**

|                                                                                   |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>2.1. Nome complete e ruolo:</b>                                                |                               |
| <b>2.2.</b><br><br>Numero di telefono fisso:<br><br>Numero di telefono cellulare: | <b>2.3. Indirizzo E-mail:</b> |

**3. STRUTTURA ORGANIZZATIVA E PROPRIETÀ DELLA SOCIETÀ'**

| <b>3.1. Forma di organizzazione della società, o che agisce come persona fisica (esempi: Spa, Srl, Snc, partnership, joint venture, ecc.)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>3.2. . Entità correlate.</b> Elencare i nomi, gli indirizzi e le informazioni di contatto delle entità correlate o affiliate della Società (se applicabile):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| a. Società madre del gruppo o proprietaria della società:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| b. Società controllate, sussidiarie o affiliate che possono o no lavorare per conto di Advita Ortho:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| c. Qualsiasi altra società o azienda in cui lei o la sua società ha una partecipazione di controllo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| d. La società rappresenta prodotti per qualsiasi altra azienda nel settore dei dispositivi medici, della diagnostica in vitro, farmaceutica o biotecnologica? In tal caso, elencarli.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>3.3. Elencare tutti i proprietari, inclusi individui e altre società, e indicare la quota azionaria o % di proprietà di ciascun proprietario. Si prega di allegare un foglio aggiuntivo se necessario.</b><br><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Nome legale completo del proprietario</th> <th style="width: 50%;">Proprietà %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> |             | Nome legale completo del proprietario | Proprietà % |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nome legale completo del proprietario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Proprietà % |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                       |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                              |
| 3.4. In quale paese la sua società ha il conto bancario?                                                                                                                     |
| 3.5. Fornire copia della registrazione della sua società e dei documenti di incorporazione se non l'ha già fatto (Visura, codice fiscale, partita IVA, ecc.).                |
| 3.6. Se un'altra società possiede la sua società in tutto o in parte, si prega di fornire anche i documenti di registrazione e di costituzione di tale società proprietaria. |

**4. PERSONALE AZIENDALE**

|                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.1. Elencare i nomi e i ruoli di tutti i funzionari, direttori o manager della sua società:                                                                              |
| 4.2. Elencare i nomi e le qualifiche dei dipendenti direttamente o indirettamente coinvolti nel marketing, nella distribuzione o nella vendita dei prodotti Advita Ortho: |

**5. TERZI**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>5.1. Aziende consociate, distributori, affiliate e partner commerciali (terze parti) della sua società.</b> Elencare i nomi delle persone o delle società correlate che agiranno come sussidiarie, distributori, affiliate o partner commerciali a nome di Advita Ortho nelle seguenti aree:                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| a. Promozione dei prodotti Advita Ortho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |                                                                    |
| b. Vendita o distribuzione dei prodotti Advita Ortho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                    |                                                                    |
| c. Ottenimento o mantenimento di approvazione normative e regolatorie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |                                                                    |
| d. Titolari della registrazione per i prodotti Advita Ortho se non Advita Ortho stessa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                    |                                                                    |
| <b>5.2. Specificare in dettaglio i servizi e le mansioni che qualsiasi altra entità o persona fisica forniscono in relazione ai prodotti Advita Ortho.</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                    |
| <b>5.3.</b><br><br><b>a. La sua società ha stipulato contratti scritti con i distributori e le altre terze parti menzionate nei punti 5.1 e 5.2?</b><br><br><b>b. La sua società richiede clausole relative alla lotta alla corruzione (ad esempio, promesse di non ricorrere alla corruzione, diritti di risoluzione in caso di inadempienza, diritti di revisione) nei contratti con tali terze parti o persone?</b> | Sì <input type="checkbox"/><br><br><br>Sì <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/><br><br><br>NO <input type="checkbox"/> |

**6. ETICA E CONFORMITÀ**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 6.1. Ha familiarità con le leggi e le normative del suo Paese come la legge 321, Sunshine Act, la legge FCPA degli Stati Uniti, il Bribery Act del Regno Unito.                                                                                                                                                 | Sì <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            | NO <input type="checkbox"/> |
| 6.2. La sua società è membro o aderisce a un codice di settore (es. Medtech Europe o Confindustria Dispositivi Medici)? Se sì quale?                                                                                                                                                                            | Sì <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            | NO <input type="checkbox"/> |
| 6.3. La sua società dispone di un codice di condotta o di politiche aziendali anticorruzione?                                                                                                                                                                                                                   | Sì <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            | NO <input type="checkbox"/> |
| 6.4. La sua società fornisce formazione ai suoi dipendenti sul codice di condotta e sulle politiche anti-corruzione aziendali?                                                                                                                                                                                  | Sì <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            | NO <input type="checkbox"/> |
| 6.5. Advita Ortho le ha fornito il codice di condotta aziendale Terzi e la politica anti-corruzione mondiale, che descrivono le pratiche commerciali etiche richieste ai propri partner commerciali. Li ha letti e forniti ai suoi dipendenti?                                                                  | Sì <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            | NO <input type="checkbox"/> |
| 6.6. Ha ricevuto il codice di condotta aziendale Terzi e la politica anti-corruzione mondiale di Advita Ortho. Accetta di essere conforme al loro contenuto e di fornirli a tutti i suoi dipendenti, le sue aziende affiliate, o distributori e ai suoi agenti che svolgono attività per conto di Advita Ortho? | Sì <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                            | NO <input type="checkbox"/> |
| 6.7. Quante volte viene fornita la formazione in materia di etica o conformità nella sua società?<br><br>Fornire una copia della formazione che ha ricevuto o descriverne il contenuto.                                                                                                                         | ANNUALMENTE <input type="checkbox"/><br>TRIMESTRALMENTE <input type="checkbox"/><br>QUANDO NECESSARIO <input type="checkbox"/><br>MAI <input type="checkbox"/><br>HO BISOGNO DELLA FORMAZIONE DI ADVITA ORTHO <input type="checkbox"/> |                             |
| <b>6.8. Selezionare quale delle seguenti interazioni con HCP ha la sua società e fornirne l'importo indicativo:</b>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
| a. Materiale promozionale ed educativo                                                                                                                                                                                                                                                                          | Sì <input type="checkbox"/> €                                                                                                                                                                                                          | NO <input type="checkbox"/> |
| b. Supporto tramite borse di studio o di ricerca                                                                                                                                                                                                                                                                | Sì <input type="checkbox"/> €                                                                                                                                                                                                          | NO <input type="checkbox"/> |
| c. Donazioni di beneficenza                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Sì <input type="checkbox"/> €                                                                                                                                                                                                          | NO <input type="checkbox"/> |
| d. Pasti                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sì <input type="checkbox"/> €                                                                                                                                                                                                          | NO <input type="checkbox"/> |
| e. Viaggio                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sì <input type="checkbox"/> €                                                                                                                                                                                                          | NO <input type="checkbox"/> |
| f. Alloggio                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Sì <input type="checkbox"/> €                                                                                                                                                                                                          | NO <input type="checkbox"/> |
| g. Altro (descrivere)                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sì <input type="checkbox"/> €                                                                                                                                                                                                          | NO <input type="checkbox"/> |

**7. CON PROFESSIONISTI DEL SETTORE SANITARIO (HCP) E FUNZIONARI PUBBLICI (PO)**

|                                                                                                                                        |                             |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>7.1. Qualcuno tra il personale della sua società, o i parenti stretti del personale, è o utilizza i servizi di un attuale o ex:</b> |                             |                             |
| a. Funzionario Pubbico o Professionisti del settore sanitario                                                                          | Sì <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b. Parente stretto del funzionario pubblico o professionista del settore sanitario                                                     | Sì <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| c. Candidato politico                                                                                                                  | Sì <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| d. Una persona che ha l'autorità all'interno di un'entità pubblica di prendere o influenzare decisioni o raccomandazioni riguardanti:  |                             |                             |

|                                                                                                                       |                                                                                                                                    |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| I. rimborsi dei prodotti Advita Ortho                                                                                 | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| II. acquisto dei prodotti Advita Ortho per conto di società, istituzioni, organizzazioni, ecc.                        | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| III. prescrizione o il dispensare prodotti Advita Ortho                                                               | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| IV. approvazione di registrazioni, permessi o altre autorizzazioni relative ai prodotti di Advita Ortho               | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>7.2. Se la risposta è SÌ a qualsiasi domanda precedente, fornire i nomi completi e il ruolo di queste persone:</b> |                                                                                                                                    |                                    |
|                                                                                                                       |                                                                                                                                    |                                    |
| <b>7.3. La sua società conduce affari con:</b>                                                                        |                                                                                                                                    |                                    |
| a. Funzionari governativi e/o pubblici?                                                                               | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| b. Dipartimenti pubblici o agenzie governative?                                                                       | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| c. Organizzazioni sanitarie governative o pubbliche?                                                                  | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> Se SÌ, indicare la percentuale (%) delle vendite derivante da contratti governativi o pubblici. | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |

**8. SANZIONI E CONTESTO NORMATIVO SANZIONATORIO**

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                               |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>8.1. La sua società, le sue affiliate o il personale aziendale (identificato al punto 4) e' mai:</b>                                                                                                                                          |                                                                                               |                                    |
| a. Stato accusato di un reato penale o criminale?                                                                                                                                                                                                | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                            | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| b. Stato dichiarato in fallimento o insolvenza?                                                                                                                                                                                                  | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                            | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| c. Stato escluso o radiato dall'albo per qualsiasi associazione (ad esempio avvocati, operatori sanitari, ecc.)?                                                                                                                                 | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                            | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| d. Stato citato in giudizio e condannato per frode?                                                                                                                                                                                              | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                            | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| e. Stato accusato o riconosciuto colpevole di riciclaggio di denaro?                                                                                                                                                                             | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                            | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| f. Soggetto a sanzioni amministrative o penali?                                                                                                                                                                                                  | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                            | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| g. Stato accusato o riconosciuto colpevole di concussione, tangenti o corruzione?                                                                                                                                                                | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/>                                                            | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>8.2. Se la risposta a qualsiasi domanda è SÌ, si prega di fornire una breve spiegazione scritta, includendo i nomi di tutte le parti coinvolte, le date e la descrizione del reato.</b>                                                       |                                                                                               |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                               |                                    |
| <b>8.3. I libri contabili e i registri della sua società o di una delle sue affiliate sono mai stati sottoposti a revisione nell'ambito di un audit o di un'indagine governativa volta a verificare la conformità alle leggi anticorruzione?</b> | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/><br>Se SÌ, fornire documenti e informazioni sulla revisione | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                               |                                    |
| <b>8.4. La sua società o le sue affiliate hanno cause, contenziosi, indagini in corso o pendenti, investigazioni che non sono ancora stati/e risolti/e o chiusi/e?</b>                                                                           | <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/><br>Se SÌ, fornire documenti e informazioni sulla revisione | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                               |                                    |

**9. CERTIFICAZIONE**

| RAPPRESENTANTE AUTORIZZATO DELLA SOCIETA'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| Nome Completo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       |                 |
| Nome della Societa'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                 |
| Posizione o Ruolo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                 |
| Indirizzo elettronico email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                 |
| Con la presente certifico che:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                 |
| Sono un rappresentante debitamente autorizzato della società.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | <b>INIZIALI</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>NO</b><br><input type="checkbox"/> |                 |
| Le informazioni da me fornite sono veritiere e complete al meglio delle mie conoscenze.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | <b>INIZIALI</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>NO</b><br><input type="checkbox"/> |                 |
| Sono consapevole che Advita Ortho possa cercare di confermare in modo indipendente le dichiarazioni contenute nel presente documento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | <b>INIZIALI</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>NO</b><br><input type="checkbox"/> |                 |
| Sono consapevole che Advita Ortho farà affidamento su queste informazioni per decidere se stipulare un accordo commerciale formale con la società.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | <b>INIZIALI</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>NO</b><br><input type="checkbox"/> |                 |
| Non sono a conoscenza di ulteriori informazioni o rischi relativi a corruzione, tangenti o concussione da considerare nella valutazione dell' accordo commerciale formale con Advita Ortho.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | <b>INIZIALI</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>NO</b><br><input type="checkbox"/> |                 |
| Acconsento al trasferimento, all'utilizzo e alla conservazione da parte di Advita Ortho e delle sue affiliate delle informazioni fornite nel presente documento allo scopo di consentire ad Advita Ortho di condurre ricerche sul contesto legale e commerciale delle società e delle persone identificate nel documento. Acconsento inoltre al trasferimento, all'utilizzo e alla conservazione da parte di Advita Ortho delle informazioni fornite nel presente documento a terzi situati negli Stati Uniti o al di fuori dello spazio economico europeo al solo scopo di condurre tali ricerche per conto di Advita Ortho. | <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | <b>INIZIALI</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>NO</b><br><input type="checkbox"/> |                 |

|             |                                |
|-------------|--------------------------------|
| <b>DATA</b> | <b>TIMBRO E FIRMA COMPLETA</b> |
|-------------|--------------------------------|