

FORMULAR DUE DILIGENCE

ANLEITUNGEN:

- Füllen Sie alle Felder mit den entsprechenden Informationen aus. Wenn sich das Feld nicht auf Ihre Geschäftstätigkeit bezieht, schreiben Sie bitte Nicht zutreffend (N/A). Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Antwort als NEIN werten, wenn Sie das Feld leer lassen. Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Antwort als NEIN werten, wenn Sie das Feld leer lassen.
- Fügen Sie alle erforderlichen Dokumente bei, wie z. B. den Verhaltenskodex Ihres Unternehmens, Ihre Unternehmensregistrierung, Ihre Unternehmensrichtlinien und -verfahren in Bezug auf Compliance und Korruptionsbekämpfung sowie alle anderen Informationen, die mit Ihrer Antwort JA in Verbindung stehen.
- Unterschreiben Sie das Formular elektronisch und senden Sie es an Ihren Advita Ortho Ansprechpartner.
- Ihre rechtzeitige Antwort ist erwünscht.
- **BITTE BEACHTEN SIE, DASS KEIN VERTRAG ABGESCHLOSSEN WERDEN KANN, BEVOR WIR DIESEN AUSGEFÜLLTEN FRAGEBOGEN UND DIE ENTSPRECHENDEN BEGLEITMATERIALIEN ERHALTEN HABEN UND AUSREICHEND ZEIT HATTEN, DIE IN IHRER ANTWORT ENTHALTENEN ANGABEN ZU PRÜFEN UND ZU VERIFIZIEREN.**

WICHTIGE DEFINITIONEN:

HEALTHCARE PROFESSIONAL (HCP) medizinische Fachperson: bezeichnet jede Person (mit einer klinischen oder nicht-klinischen Rolle; ob Beamter, Angestellter oder Vertreter einer Regierungsbehörde oder einer anderen Organisation des öffentlichen oder privaten Sektors; einschließlich, aber nicht beschränkt auf Ärzte, Krankenschwestern, Techniker, Laborwissenschaftler, Forscher, Forschungskordinatoren oder Beschaffungsfachleute), die im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit direkt oder indirekt medizinische Technologien oder damit zusammenhängende Dienstleistungen kaufen, leasen, empfehlen, anwenden, verwenden, liefern, beschaffen oder den Kauf oder das Leasen bestimmen oder verschreiben kann. Darüber hinaus ist auch jeder nahe Verwandte einer medizinischen Fachkraft ein Amtsträger im Sinne dieses Fragebogens.

HEALTHCARE ORGANIZATION (HCO) - Gesundheitsorganisation: bezeichnet jede juristische Person oder Einrichtung (unabhängig von ihrer Rechts- oder Organisationsform), die ein medizinischer oder wissenschaftlicher Verband oder eine Organisation im Gesundheitswesen ist, die einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Verschreibung, Empfehlung, den Kauf, die Bestellung, Lieferung, Nutzung, den Verkauf oder die Vermietung medizinischer Technologien oder damit verbundener Dienstleistungen haben kann, wie z. B. ein Krankenhaus oder eine Einkaufsgemeinschaft, eine Klinik, ein Labor, eine Apotheke, eine Forschungseinrichtung, eine Stiftung, eine Universität oder eine andere Lehrereinrichtung oder eine gelehrte oder berufsständische Gesellschaft (mit Ausnahme von Patientenorganisationen); oder durch die eine oder mehrere medizinische Fachkräfte Dienstleistungen erbringen

PUBLIC OFFICIAL - AMTSTRÄGER: Jeder Beamte oder Angestellte einer Regierung oder einer staatlich kontrollierten Einrichtung irgendwo auf der Welt. Zu den Amtsträgern zählen auch politische Parteien und Parteifunktionäre, Kandidaten für politische Ämter und Mitarbeiter öffentlicher internationaler Organisationen wie der Vereinten Nationen. Zu den Amtsträgern zählen auch alle Ebenen von Mitarbeitern und Funktionsträgern eines Wirtschaftsunternehmens, das sich im Besitz einer Regierung befindet oder teilweise von ihr kontrolliert oder betrieben wird. Darüber hinaus zählen zu den Amtsträgern alle Personen, die in offizieller Funktion für oder im Namen einer Regierung oder eines Ministeriums oder auf jeder Ebene der Bundes-, Landes-, Provinz-, Kreis- oder Kommunalverwaltung handeln, sowie ähnliche Bedienstete aller Regierungen der Welt. Angehörige der Gesundheitsberufe, einschließlich Ärzte, sind Amtsträger im Sinne dieses Formulars. Darüber hinaus ist jeder nahe Verwandte eines Amtsträgers ebenfalls ein Amtsträger im Sinne dieses Fragebogens.

CLOSE RELATIVE - NÄHE VERWANDTE: Zu den nahen Verwandten gehören der Ehepartner, die Großeltern oder die Großeltern des Ehepartners, Eltern, Geschwister, Kinder, Nichten, Neffen, Tanten, Onkel und Cousins ersten Grades, die Ehepartner einer dieser Personen sowie alle anderen Personen, die mit dem Vertreter des Gesundheitswesens oder dem Amtsträger im selben Haushalt leben.

FIRMENREGISTRIERUNGSFORMULAR: Dies ist das Formular, das die Registrierung des Unternehmens in Ihrem spezifischen Land liefert (Kopie der Handelsregistrierung des Unternehmens, der Satzung oder des Gesellschaftsvertrags oder der Geschäftslizenz. Zum Beispiel: K-bis in Frankreich, visura in Italien, usw.)

1. GRUNDLEGENDE INFORMATIONEN

1.1. Juristischer Name:	
1.2. Adresse:	
1.3. Firmentelefonnummer:	
1.5. Website:	1.4. Land oder Länder, in denen das Unternehmen tätig ist:

2. KONTAKTINFORMATIONEN [DER PERSON, DIE DIESES FORMULAR AUSFÜLLT]

2.1. Name und Bezeichnung:	
2.2. Telefonnummer Mobile Nummer:	2.3. E-mail Adresse:

3. ORGANISATIONSSTRUKTUR UND UNTERNEHMENSBesitz

3.1. Organisationsform des Unternehmens oder Handeln als Einzelperson (Beispiele: Spa, Srl, Snc, Partnerschaft, Joint Venture, usw.)																	
3.2. Verbundene Unternehmen. Bitte geben Sie die Namen, Adressen und Kontaktinformationen der verbundenen oder angeschlossenen Unternehmen des Unternehmens an (falls zutreffend):																	
a. Muttergesellschaft der Firma:																	
b. Tochtergesellschaften oder verbundene Unternehmen, die im Auftrag von Advita Ortho arbeiten können oder auch nicht:																	
c. Alle anderen Unternehmen oder Einheiten, an denen das Unternehmen eine Mehrheitsbeteiligung hält:																	
d. Vertritt oder vertreibt das Unternehmen Produkte für ein anderes Unternehmen aus den Bereichen Medizintechnik, In-vitro-Diagnostik, Pharmazeutik oder Biotechnologie? Wenn ja, führen Sie diese bitte auf.																	
3.3. Bitte listen Sie alle Eigentümer auf, einschließlich Einzelpersonen und Unternehmen, und geben Sie den prozentualen Anteil jedes Eigentümers an. Bitte fügen Sie bei Bedarf ein zusätzliches Blatt bei.																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vollständiger juristischer Name des Eigentümers</th> <th>Eigentum %</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>	Vollständiger juristischer Name des Eigentümers	Eigentum %															
Vollständiger juristischer Name des Eigentümers	Eigentum %																

3.4. In welchem Land hat die Firma ihr Bankkonto?

3.5. Bitte stellen Sie eine Kopie Ihrer Gewerbeanmeldung und Gründungsunterlagen zur Verfügung, falls Sie dies nicht bereits getan haben.

3.6. Wenn ein anderes Unternehmen ganz oder teilweise Eigentümer des Unternehmens ist, reichen Sie bitte auch die Unterlagen zur Gewerbeanmeldung und -gründung für dieses Unternehmen ein.

4. FIRMENPERSONAL

4.1. Führen Sie die Namen und Titel aller leitenden Angestellten, Direktoren oder Manager des Unternehmens auf:

4.2. Führen Sie die Namen und Titel der Mitarbeiter auf, die direkt oder indirekt am Marketing, Vertrieb oder Verkauf von Advita Ortho Produkten beteiligt sind:

5. DRITTE PARTEIEN

5.1. Tochtergesellschaften, Distributoren, verbundene Unternehmen und Geschäftspartner (Dritte) Bitte listen Sie die Namen von Personen oder Unternehmen auf, die als Tochtergesellschaften, Distributoren, verbundene Unternehmen oder Geschäftspartner zum Nutzen von Advita Ortho in den folgenden Bereichen tätig sind:

a. Werbung für Advita Ortho-Produkte:

b. Verkaufen oder Verteilen von Advita Ortho-Produkten:

c. Erlangung oder Aufrechterhaltung der behördlichen Genehmigung:

d. Registrierungsinhaber für Advita Ortho-Produkte:

5.2. Bitte geben Sie detailliert an, welche Leistungen und Pflichten andere Unternehmen oder Personen in Bezug auf unsere Produkte erbringen.

5.3.

a. Hat Ihr Unternehmen schriftliche Verträge mit Vertriebspartnern und den anderen in 5.1 und 5.2 genannten Dritten abgeschlossen?

JA ☐

NEIN ☐

b. Verlangt Ihr Unternehmen in Verträgen mit solchen Parteien oder Personen Bestimmungen zur Bekämpfung von Bestechung (z. B. Verpflichtungen zur Nichtbestechung, Kündigungsrechte bei Nichteinhaltung, Prüfungsrechte)?

JA ☐

NEIN ☐

6. ETHIK UND COMPLIANCE

6.1. Sind Sie vertraut mit: (wählen Sie die Gesetze und Vorschriften je nach Land, FCPA, UK Bribery Act, Nationalemkodex)	JA ☐	NEIN ☐
6.2. Ist das Unternehmen Mitglied in einem Branchenkodex (z. B. Medtech Europe) (oder hält sich an diesen)? Wenn Ja, welcher?	JA ☐	NEIN ☐
6.3. Gibt es in Ihrem Unternehmen einen Verhaltenskodex oder Richtlinien zur Korruptionsbekämpfung	JA ☐	NEIN ☐
6.4. Werden die Mitarbeiter Ihres Unternehmens in Bezug auf den Ethikkodex und die Antikorruptionsrichtlinien geschult?	JA ☐	NEIN ☐
6.5. Advita Ortho hat seinen Ethikkodex und die Unternehmensrichtlinien und -verfahren zur Verfügung gestellt, die ethische Geschäftspraktiken beschreiben, die von seinen Partnern erwartet werden. Haben Sie diese Ihren Mitarbeitern zur Verfügung gestellt?	JA ☐	NEIN ☐
6.6. Sie haben den Verhaltenskodex für Drittanbieter von Advita Ortho erhalten. Stimmen Sie zu, dessen Inhalt einzuhalten und ihn allen Mitarbeitern, Tochtergesellschaften, Händlern und Vertretern zur Verfügung zu stellen?	JA ☐	NEIN ☐
6.7. Wie oft wird in Ihrem Unternehmen ein Ethik- oder Compliance-Training durchgeführt?	JÄHRLICH ☐ QUARTIERLICH ☐ NACH BEDARF ☐ NIEMALS ☐ ICH BRAUCHE DEIN TRAINING ☐	
Bitte legen Sie eine Kopie der Schulung vor, die Sie absolviert haben, oder beschreiben Sie deren Inhalt.		
6.8. Bitte wählen Sie aus, welche der folgenden Interaktionen mit HCPS Ihr Unternehmen hat, und geben Sie den indikativen Betrag an::		
a. Andere Werbe und Schulungsmaterialien	JA ☐	NEIN ☐
b. Unterstützung durch Bildungs oder Forschungsstipendien	JA ☐	NEIN ☐
c. Spenden für wohltätige Zwecke	JA ☐	NEIN ☐
d. Mahlzeiten	JA ☐	NEIN ☐
e. Kosten für die Reise	JA ☐	NEIN ☐
f. Hotel	JA ☐	NEIN ☐
g. Sonstiges (bitte beschreiben)	JA ☐	NEIN ☐

7. BEZIEHUNGEN HCPS UND AMTSPERSONEN

7.1. Nehmen Mitarbeiter in Schlüsselpositionen des Unternehmens oder Familienmitglieder von Mitarbeitern in Schlüsselpositionen die Dienste eines aktuellen oder ehemaligen:		
a. Amtsträger oder HCP	JA ☐	NEIN ☐
b. Enger Verwandter eines Amtsträgers oder HCP	JA ☐	NEIN ☐
c. Politischer Kandidat	JA ☐	NEIN ☐
d. Eine Person, die innerhalb einer staatlichen Einrichtung befugt ist, Entscheidungen oder Empfehlungen zu treffen oder zu beeinflussen:		
I. Erstattung von Advita Ortho-Produkten	JA ☐	NEIN ☐
II. Großeinkauf von Advita Ortho -Produkten für Firmen, Institutionen, Organisationen, etc.	JA ☐	NEIN ☐
III. Verschreibung oder Abgabe von Advita Ortho -Produkten	JA ☐	NEIN ☐
IV. Genehmigung von Registrierungen, Zulassungen oder anderen Genehmigungen im Zusammenhang mit Advita Ortho-Produkten	JA ☐	NEIN ☐
7.2. Wenn die Antwort auf eine der obigen Fragen "Ja" lautet, geben Sie bitte die vollständigen Namen dieser		

Personen an:

7.3. Führt Ihr Unternehmen Geschäfte mit:

a. Regierungsbeamte?	JA ☐	NEIN ☐
b. Ministerien oder Behörden?	JA ☐	NEIN ☐
c. Staatliche Gesundheitsorganisation?	JA ☐ Wenn JA, geben Sie bitte den Prozentsatz (%) des Umsatzes an, der aus öffentlichen Aufträgen stammt	NEIN ☐

8. STRAFEN UND SANKTIONSHINTERGRUND

8.1. Hat Ihr Unternehmen, seine Tochtergesellschaften oder Mitarbeiter in Schlüsselpositionen jemals:

a. Wurden Sie wegen einer Straftat angeklagt?	JA ☐	NEIN ☐
b. Erklärter Konkurs oder Insolvenz?	JA ☐	NEIN ☐
c. Wurden Sie von irgendeiner Vereinigung (z. B. Rechtsanwälte, HCPs usw.) ausgeschlossen oder ausgeschlossen?	JA ☐	NEIN ☐
d. Wurden Sie wegen Betrugs verklagt?	JA ☐	NEIN ☐
e. Wurden Sie der Geldwäsche beschuldigt oder für schuldig befunden?	JA ☐	NEIN ☐
f. Wurden Sie mit einer Verwaltungssanktion oder -strafe belegt?	JA ☐	NEIN ☐
g. Wurden Sie der Bestechung oder Korruption beschuldigt oder für schuldig befunden?	JA ☐	NEIN ☐

8.2. Wenn die Antwort auf eine Frage "Ja" lautet, geben Sie bitte eine kurze schriftliche Erklärung ab, einschließlich der Namen aller relevanten Parteien, der Daten und der Beschreibung des Verbrechens.

8.3. Wurden die Bücher und Aufzeichnungen Ihres Unternehmens oder eines seiner verbundenen Unternehmen jemals im Rahmen einer behördlichen Prüfung oder Untersuchung auf die Einhaltung von Antikorruptionsgesetzen überprüft?	JA ☐ Wenn JA, stellen Sie bitte Dokumente und Informationen über die Überprüfung zur Verfügung	NEIN ☐
8.4. Gibt es bei Ihrem Unternehmen oder seinen verbundenen Unternehmen anhängige oder angedrohte Ansprüche, Rechtsstreitigkeiten oder Untersuchungen, die noch nicht gelöst oder abgeschlossen sind?	JA ☐ Wenn JA, stellen Sie bitte Dokumente und Informationen über die Überprüfung zur Verfügung	NEIN ☐

9. ZERTIFIZIERUNG

VERTRETUNGSBERECHTIGTER DER GESELLSCHAFT		
Kompletter Name		
Name der Firma oder Agentur		
Titel		
E- mail		
Hiermit bestätige ich, dass:		
Ich bin ein ordnungsgemäß bevollmächtigter Vertreter des Unternehmens.	JA ☐	INITIALIEN
	NEIN ☐	
Ich bestätige, die von mir gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig sind	JA ☐	INITIALIEN
	NEIN ☐	
Ich verstehe, dass Advita Ortho versuchen kann, die in diesem Dokument gemachten Aussagen unabhängig zu bestätigen	JA ☐	INITIALIEN
	NEIN ☐	
Mir ist bekannt, dass sich Advita Ortho bei der Entscheidung über den Abschluss einer formellen Geschäftsvereinbarung mit dem Unternehmen auf diese Informationen stützen wird	JA ☐	INITIALIEN
	NEIN ☐	
Mir sind keine zusätzlichen Informationen oder Risiken in Bezug auf Korruption oder Bestechung bekannt, die bei der Bewertung dieser formellen Geschäftsvertragsbeziehung mit Advita Ortho zu berücksichtigen wären	JA ☐	INITIALIEN
	NEIN ☐	
Ich stimme zu, dass Advita Ortho und seine Tochtergesellschaften die in diesem Formular angegebenen Informationen übertragen, verwenden und speichern dürfen, damit Advita Ortho Hintergrundrecherchen zu den rechtlichen und geschäftlichen Verhältnissen der in diesem Formular genannten Unternehmen und Personen durchführen kann. Ich stimme ebenfalls zu, dass Advita Ortho die in diesem Formular angegebenen Informationen an einen Dritten mit Sitz in den Vereinigten Staaten oder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums weitergeben, verwenden und speichern darf, und zwar ausschließlich zum Zweck der Durchführung solcher Recherchen im Namen von Advita Ortho.	JA ☐	INITIALIEN
	NEIN ☐	

DATUM	STEMPEL UND UNTERSCHRIFT
-------	--------------------------