

ZERTIFIKAT-COMPLIANCE-SCHULUNG

VERTRETUNGSBERECHTIGTER DER GESELLSCHAFT		
Kompleter Name		
Titel		
E-mail		
Ich bestätige, dass ich die von Advita Ortho bereitgestellte Compliance-Schulung erhalten, gelesen und verstanden habe und dass ich den Test zur Website-Schulung erfolgreich abgeschlossen habe.	JA ☐	INITIALEN
	NEIN ☐	
Ich bestätige, dass ich diese Schulung an alle Kollegen und Dritte weitergegeben habe, insbesondere an diejenigen, die im Auftrag von Advita Ortho arbeiten.	JA ☐	INITIALEN
	NEIN ☐	
Ich verpflichte mich, alle tatsächlichen oder vermuteten Verstöße gegen das Gesetz, die Vorschriften oder die Richtlinien und Verfahren von Advita Ortho unverzüglich über die entsprechenden E-Mail- oder Hotline-Kanäle zu melden.	JA ☐	INITIALEN
	NEIN ☐	
Ich verpflichte mich, dass ich Advita Ortho keinem der in den Gesetzen und Vorschriften der Branche genannten Vergehen aussetze.	JA ☐	INITIALEN
	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.	INITIALEN	

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