

Beim Ausfüllen dieses Formulars werden Sie gebeten, Informationen zu Ihrer Person, wie beispielsweise Ihren Namen, Ihre Adresse(n), Telefonnummer(n), E-Mail-Adresse(n) und Ihre Qualifikation anzugeben. Ihre personenbezogenen Daten werden für die Durchführung des Gilenya-Schwangerschaftsregisters und für Zwecke der Arzneimittelsicherheit verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von IQVIA und anderen Unternehmen innerhalb der IQVIA-Unternehmensgruppe erfasst und verarbeitet. Ihre personenbezogenen Daten werden an die Novartis Pharma AG und andere Unternehmen innerhalb der Novartis-Unternehmensgruppe übermittelt, um Probleme jeder Art im Zusammenhang mit der Arzneimittelsicherheit den entsprechenden Gesundheitsbehörden zu melden. Alle Empfänger solcher Meldungen sind verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten den geltenden Gesetzen und sonstigen Bestimmungen entsprechend zu schützen. Die Empfänger können jedoch in Ländern ansässig sein, in denen der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten nicht im selben Umfang gewährleistet ist wie in Ihrem Land, einschließlich der USA. Sie bestätigen, dass Sie das Recht haben, auf alle zu Ihrer Person gespeicherten Informationen zuzugreifen und diese zu ändern sowie einen entsprechenden Einspruch einzulegen, indem Sie IQVIA unter gpr@quintiles.com/gpr@IQVIA.com kontaktieren. IQVIA und Novartis werden angemessene technische, administrative und physische Sicherheitsvorkehrungen treffen, um die in ihrem Besitz befindlichen personenbezogenen Daten über Sie vor Verlust, Missbrauch und unbefugtem Zugang, Offenlegung, Änderung und Vernichtung zu schützen.

Bitte bestätigen Sie, dass Sie die oben genannten Informationen gelesen und verstanden haben. Bitte geben Sie an, dass Sie das Formular aus freiem Willen ausfüllen und abschicken, indem Sie das nachstehende Kästchen ankreuzen.

Durch das Ankreuzen dieses Kästchens bestätige ich, (1) dass ich die oben genannten Informationen gelesen und verstanden habe, (2) dass ich das Formular freiwillig ausfülle und abschicke und (3) dass ich der Verwendung und Offenlegung meiner personenbezogenen Daten, wie oben beschrieben, zustimme.

| Kontaktinformationen des Arztes | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vorname | |
| Nachname | |
| Fachrichtung | |
| Name der Einrichtung/des Krankenhauses | |
| Adresse | |
| Land | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail | |
| Fax | |
| Bevorzugte Kontaktmethode | <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Fax |

FTY.12.24d

Gilena physician registration form_Non-US_21June2012

Translated from English to German by CHRI0305, TransPerfect on 17-APR-2015

Translated from English to German by CHRI0305, TransPerfect on 17-APR-2015. Reviewed by KATH0024,
TransPerfect on 17-APR-2015. Reviewed by MICH0079, TransPerfect on 17-APR-2015