

*Completando questo modulo, Le chiederemo di poter divulgare informazioni che La riguardano, come il Suo nome, indirizzi, numero(i) di telefono, indirizzi e-mail e qualifica. Le Sue informazioni personali saranno usate allo scopo della conduzione di Gilenya Pregnancy Registry (Registro sulla gravidanza per Gilenya) e sicurezza del farmaco. Le Sue informazioni personali saranno raccolte ed elaborate da IQVIA e da qualsiasi società appartenente al gruppo IQVIA. Le Sue informazioni personali saranno trasferite a Novartis Pharma AG e a qualsiasi società appartenente al gruppo di Novartis al fine di segnalare eventuali problemi di sicurezza del farmaco alle autorità sanitarie, ovunque siano ubicate. Tutti questi destinatari avranno l'obbligo di proteggere le Sue informazioni personali in conformità con le leggi e le normative applicabili. Tuttavia, i destinatari possono essere ubicati in Paesi che non forniscono un livello di protezione delle Sue informazioni personali uguale a quello del Suo Paese di residenza, inclusi gli Stati Uniti. Lei prende atto che ha il diritto di accedere e modificare eventuali informazioni personali conservate che La riguardano e di sollevare un'obiezione a questo proposito contattando il Suo referente di IQVIA a gpr@quintiles.com/gpr@IQVIA.com.com. IQVIA e Novartis adotteranno ogni ragionevole metodo di salvaguardia, tra cui salvaguardia fisica, elettronica e amministrativa, per proteggere le Sue informazioni personali in loro possesso da perdita, uso improprio, accesso non autorizzato, divulgazione, alterazione e distruzione.*

La preghiamo di confermare che ha letto e compreso le informazioni qui sopra. Indichi se desidera volontariamente completare e inviare il modulo facendo una crocetta sulla casella qui sotto.

Facendo una crocetta in questa casella, confermo che (1) ho letto e compreso le informazioni qui sopra; (2) sto completando e inviando questo modulo volontariamente; e (3) accetto che le mie informazioni personali vengano usate e divulgate come descritto sopra.

Informazioni di contatto del medico	
Nome	
Cognome	
Tipo di operatore sanitario (specializzazione)	
Nome dell'istituto/ospedale	
Indirizzo	
Paese	
Numero di telefono	
E-mail	
Fax	
Metodo di contatto preferito	<input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Fax