

*Bij het invullen van dit formulier vragen wij u ons informatie te verstrekken over u, zoals uw naam, adres(sen), telefoonnummer(s), e-mailadres(sen) en kwalificaties. Uw persoonsgegevens zullen worden gebruikt met het oog op het uitvoeren van het Gilenya Zwangerschapsregister en de geneesmiddelenveiligheid. Uw persoonsgegevens zullen worden verzameld en verwerkt door IQVIA en door elke onderneming die deel uitmaakt van de IQVIA- groep. Uw persoonsgegevens zullen worden overgemaakt aan Novartis Pharma AG en aan bedrijven die deel uitmaken van de Novartis-groep om kwesties inzake geneesmiddelenveiligheid te rapporteren aan de gezondheidsinstanties, ongeacht waar die zich bevinden. Al deze ontvangers zijn verplicht uw persoonsgegevens te beschermen in overeenstemming met de toepasselijke wetgeving en voorschriften. De ontvangers kunnen zich echter in landen bevinden die niet eenzelfde mate van gegevensbescherming bieden als het land waar u woont, inclusief de Verenigde Staten. U bevestigt dat u ervan op de hoogte bent dat u het recht heeft de persoonsgegevens die over u worden bewaard, in te kijken en te wijzigen, en bezwaar aan te tekenen door u te wenden tot uw contactpersoon bij IQVIA via [gpr@quintiles.com](mailto:gpr@quintiles.com)/[gpr@IQVIA.com.com](mailto:gpr@IQVIA.com.com). IQVIA en Novartis zorgen in de mate van het mogelijke voor beveiligingsmaatregelen - zowel fysiek, elektronisch als administratief - om uw persoonsgegevens waarover zij beschikken te beschermen tegen verlies, misbruik, ongeoorloofde inzage, vrijgave, wijziging en vernietiging.*

Gelieve te bevestigen dat u bovenstaande informatie heeft gelezen en begrepen. Gelieve met het keuzevakje hieronder aan te geven dat u bereid bent dit formulier vrijwillig in te vullen en in te dienen.

☐ Door dit vakje aan te vinken, bevestig ik (1) dat ik de informatie hierboven heb gelezen en begrepen; (2) dat ik het formulier vrijwillig invul en indien; en (3) dat ik mijn toestemming geef voor het gebruiken en vrijgeven van mijn persoonsgegevens zoals hierboven is beschreven.

|                                   |                                                                                                |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contactgegevens arts              |                                                                                                |
| Voornaam                          |                                                                                                |
| Achternaam                        |                                                                                                |
| Type zorgverlener (specialisatie) |                                                                                                |
| Naam instelling/ziekenhuis        |                                                                                                |
| Adres                             |                                                                                                |
| Land                              |                                                                                                |
| Telefoonnummer                    |                                                                                                |
| E-mail                            |                                                                                                |
| Fax                               |                                                                                                |
| Voorkeursmethode voor contact     | <input type="checkbox"/> Telefoon <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Fax |