**ПОДАННЯ ЗАЯВКИ ДО БАЗИ ПОТЕНЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

**ТА**

**ЗГОДА НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ**

Ця Згода на обробку персональних даних (далі – «Згода») містить умови, на яких ТОВ «МСД Україна» (далі – «МСД») буде обробляти мої персональні дані.

|  |  |
| --- | --- |
| **Дані, які будуть оброблятися:** | ПІБ, місце роботи та посада, спеціалізація, контактний телефон, електронна адреса |
| **Мета обробки даних:** | Внесення в базу потенційних дослідницьких центрів МСД для подальшої взаємодії щодо участі у проведенні клінічних випробувань, а також для забезпечення виконання внутрішніх адміністративних процедур МСД |
| **Володілець (особа, яка визначає мету обробки даних):** | ТОВ «МСД Україна», місцезнаходження: Україна, м. Київ, вул. Миколи Амосова, 12 |
| **Треті особи, яким можуть передаватися дані:** | Афілійовані особи МСД, компанії, що обслуговують базу контрагентів МСД (CRM), а також інші треті особи у межах мети, зазначеної у цій Згоді |
| **Строк дії Згоди:** | Ця Згода дається на термін, необхідний для виконання мети, зазначеної у цій Згоді, чи протягом довшого часу, якщо цього вимагає законодавство |

Я погоджуюсь з тим, що:

* отримувачі моїх персональних даних можуть знаходитись за межами України, включаючи країни, які не забезпечують такий же рівень захисту персональних даних як в Україні. МСД зобов’язується забезпечити дотримання застосовних вимог законодавства при такій передачі;
* передача МСД моїх персональних даних третім особам може здійснюватися без додаткової згоди з мого боку;
* МСД повідомить мене у разі застосування механізмів автоматичної обробки персональних даних для ухвалення рішень для підтримки процесів з обробки даних, та надасть докладнішу інформацію про логіку, що використовується для ухвалення таких рішень.

Я підтверджую, що я ознайомлений з моїми правами як суб’єкта персональних даних, передбаченими статтею 8 Закону України «Про захист персональних даних». Я розумію, що я можу:

* ознайомитися з політикою МСД щодо захисту персональних даних та моїми правами за посиланням <https://www.msdprivacy.com/ua/ua/transparency-and-privacy.html>;
* зв’язатись з Глобальною службою з питань конфіденційності, надіславши запит на електронну адресу: merck\_privacy\_office@merck.com, щодо питань, пов’язаних із обробкою моїх даних;
* повідомити на зазначену електронну адресу про будь-які зміни моїх персональних даних з метою забезпечення їх точності та актуальності;
* подати скаргу до Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини або до суду якщо вважатиму, що мої права були порушені;
* у будь-який час відкликати мою згоду на обробку персональних даних.

|  |
| --- |
|  |

Я, (вкажіть ПІБ)

шляхом зазначення мого ПІБ, надаю ТОВ «МСД Україна» свою безумовну згоду на обробку моїх персональних даних на умовах, зазначених у цій Згоді.

***Заявки без надання Згоди на обробку персональних даних***

***розглядатися не будуть та будуть знищуватися на виконання вимог законодавства про захист персональних даних***

### ІНФОРМАЦІЯ про потенційне місце проведення клінічного випробування (КВ)

|  |
| --- |
| **Загальна інформація про ЛПЗ та місце проведення КВ** |
| **ЛПЗ, де планується проведення КВ (вкажіть повне найменування ЛПЗ)** |
|  |
| Місцезнаходження ЛПЗ |
|  |
| Телефон ЛПЗ |
| e-mail ЛПЗ |
| Місце проведення КВ (повна назва відділення, відділу ЛПЗ) |
|  |
| Вкажіть номер та строк дії дійсної ліцензії ЛПЗ на медичну практику: |
|  |
| Вкажіть номер та строк дії дійсного акредитаційного сертифіката ЛПЗ: |
|  |

|  |
| --- |
| **Зазначте наявність у ЛПЗ:** |
| місця зберігання матеріалів клінічного дослідження під час КВ: |
| так;  ні;  інше |
| місця зберігання досліджуваного ЛЗ: |
| так;  ні;  інше |
| місця архівування матеріалів КВ після його завершення: |
| так;  ні;  інше |

|  |
| --- |
| *Якщо до проведення КВ планується залучати кафедру вищого медичного навчального закладу (далі - ВМНЗ), заповніть таблицю нижче* |
| **ВМНЗ: вкажіть повне найменування ВМНЗ** |
|  |
| Місцезнаходження ВМНЗ |
|  |
| Телефон ВМНЗ |
| e-mail ВМНЗ |
| **Кафедра ВМНЗ (назва і номер кафедри)** |
|  |
| e-mail кафедри |
| Наявність договору про співпрацю між ВМНЗ та ЛПЗ, де розташована кафедра, та строк його дії |
| так;  ні Вкажіть строк дії договору: |

|  |
| --- |
| **Наявність комісії з питань етики при ЛПЗ** |
| так;  ні |
| вкажіть № наказу |
| вкажіть дату прийняття наказу |

|  |
| --- |
| **Дослідницька група** |
| **Відповідальний дослідник (ПІБ)** |
|  |
| Займана посада |
|  |
| Спеціалізація відповідно до наявних сертифікатів лікаря-спеціаліста |
|  |
| Наявність сертифікації відповідно до ICH-GCP  ні;  так, дата останнього тренінгу: |
| Контактний телефон: |
| Email: |
| Наявність досвіду у клінічних дослідженнях  так;  ні  Якщо так, зазначте нозоологічні напрямки КД, в яких Ви приймали участь |
| **Заповніть у разі планованого залучення до дослідницької групи інших членів команди** |
| Співдослідники  так;  ні *(ПІБ зазначати не потрібно)* |
| Якщо так – зазначте кількість співдослідників, яких планується залучити: |
| Зазначте кількість співдослідників, що мають сертифікацію відповідно до ICH-GCP: |
| Зазначте спеціалізацію співдослідників відповідно до наявних сертифікатів лікаря-спеціаліста: |
|  |
| Медсестра *(ПІБ зазначати не потрібно)*  так;  ні |
| Координатор дослідження *(ПІБ зазначати не потрібно)*  так;  ні |

|  |
| --- |
| **Інші відомості про діяльність ЛПЗ та дослідницького центру** |
|  |