

RAPPRESENTANTE AUTIRIZZATO DELLA SOCIETA' *		
Nome completo		
Titolo		
Indirizzo elettronico (email)		
Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso la formazione sulla conformità fornita da Advita Ortho e di aver completato con successo il test sul sito web dedicato a questa formazione.	SI ☐	INIZIALI
	NO ☐	
Dichiaro di aver condiviso questa formazione con tutti i miei colleghi e i miei collaboratori esterni (agenti, appaltatori, ecc.), in particolare quelli che lavorano per conto di Advita Ortho.	SI ☐	INIZIALI
	NO ☐	
Mi impegno a segnalare tempestivamente qualsiasi violazione effettiva o sospetta della legge, dei regolamenti o delle politiche e procedure di Advita Ortho tramite l'e-mail appropriata o i canali di segnalazione messi a disposizione.	SI ☐	INIZIALI
	NO ☐	
Mi impegno a non esporre Advita Ortho ad alcuna delle violazioni previste dalle leggi e dai regolamenti del settore.	SI ☐	INIZIALI
	NO ☐	
Acconsento al trasferimento, all'utilizzo e alla conservazione delle informazioni fornite nel presente documento ad Advita Ortho e alle sue affiliate allo scopo di consentire ad Advita Ortho di condurre ricerche sul contesto legale e commerciale delle società e delle persone identificate nel documento. Acconsento al trasferimento, all'utilizzo e alla conservazione da parte di Advita Ortho delle informazioni fornite nel presente modulo a terzi con sede negli Stati Uniti o al di fuori dello Spazio economico europeo al solo scopo di condurre tali ricerche per conto di Advita Ortho.	INIZIALI	

DATA	TIMBRO E FIRMA COMPLETA
------	-------------------------