

Анкета Контрагента (заполняется Контрагентом на его фирменном бланке)

Для целей настоящей Анкеты:

«**Публичное должностное лицо**» означает:

- любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в органе государственной власти или местного самоуправления на постоянной или временной основе, за плату или без оплаты труда, независимо от уровня должности этого лица;
- любое другое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия, международной или общественной организации, политической партии, объединения юридических лиц или ассоциации, либо предоставляющее какую-либо публичную услугу;

«**Медицинский работник**» означает физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность. Для целей настоящей Анкеты к медицинским работникам также относятся руководители медицинских организаций;

«**Фармацевтический работник**» означает физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения, их изготовление, отпуск, хранение и перевозка. Для целей настоящей Анкеты к фармацевтическим работникам также относятся руководители аптечных организаций;

«**Бенефициарный владелец**» означает физическое лицо, которое в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет преобладающее участие более 25 процентов в капитале) юридическим лицом либо имеет возможность контролировать его действия.

АНКЕТА КОНТРАГЕНТА (заполняется Контрагентом)

Все вопросы подлежат заполнению либо указанию «не применяется».

1. Общая информация		
1.1	Наименование Контрагента:	
1.2	Контактное лицо (лица): Должность:	
1.3	Телефон: Электронная почта:	
2. Информация о Контрагенте		
2.1	Полное фирменное наименование на русском языке:	
2.2	Фирменное наименование на английском языке (без указания организационно-правовой формы):	
2.3	ОРГН:	
2.4	ИНН:	
2.5	Любое другое юридическое или физическое лицо либо коммерческое обозначение или знак обслуживания, под которыми Контрагент осуществляет свою деятельность:	
2.6	ФИО и должность руководителя (полностью):	
2.7	Юридический адрес (с индексом):	
2.8	Фактический адрес (с индексом):	
2.9	Общая численность сотрудников:	
2.10	Интернет-сайт:	
2.11	Характер деятельности, которую Контрагент будет осуществлять по договору с АО «Фармстандарт»: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Консалтинговые услуги <input type="checkbox"/> Юридические услуги (в том числе представительство в суде) <input type="checkbox"/> Рекламные услуги / маркетинговые услуги/ услуги по продвижению продукции <input type="checkbox"/> Организация конференций либо иных подобных мероприятий с участием медицинских и/или фармацевтических работников <input type="checkbox"/> Услуги трэвел-агента <input type="checkbox"/> Услуги таможенного брокера <input type="checkbox"/> Услуги, связанные с регистрацией / сертификацией / лицензированием <input type="checkbox"/> Перевозка / транспортная экспедиция <input type="checkbox"/> Хранение <input type="checkbox"/> Приобретение товара / услуги торгового агента / дистрибуция <input type="checkbox"/> Доклинические / клинические исследования 	

	<input type="checkbox"/> Получение займа <input type="checkbox"/> Получение пожертвования <input type="checkbox"/> Выполнение работ (укажите, каких) <input type="checkbox"/> Поставка товаров (укажите, каких) <input type="checkbox"/> Иное (укажите)	
--	---	--

3. История и краткая информация о Контрагенте		
3.1	Осуществлял ли Контрагент поставку товаров/ выполнение работ/ оказание услуг для АО «Фармстандарт» или предприятий ГК «Фармстандарт» в прошлом? <input type="checkbox"/> Да (укажите характер взаимодействия; контактное лицо от Фармстандарт) <input type="checkbox"/> Нет	
3.2	Когда был зарегистрирован Контрагент? (дата первичной регистрации в формате ДД.ММ.ГГГГ)	
3.3	Организационно-правовая форма: <input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Товарищество (уточните) <input type="checkbox"/> Общество с ограниченной ответственностью <input type="checkbox"/> Акционерное общество <input type="checkbox"/> Публичное акционерное общество <input type="checkbox"/> Некоммерческая организация (уточните) <input type="checkbox"/> Иное (уточните)	
3.4	ФИО Ключевых сотрудников А) Укажите ФИО (полностью) сотрудников, непосредственно контролирующих поставку товара / выполнение работ / оказание услуг по договору с АО «Фармстандарт» (далее Ключевые сотрудники). Б) Укажите ФИО (полностью) бенефициарных владельцев, руководства, членов совета директоров, членов правления, президиума (при наличии) с указанием взаимосвязи с Контрагентом (например, должность в компании).	
3.5	Аффилированные компании: Укажите наименования и адреса головной компании, а также любых дочерних и/или зависимых компаний, и любых других организаций, в которых Контрагенту принадлежит контролирующая доля (<i>>50% голосующих акций (или иных эквивалентных долей владения) компании или полномочия по назначению большинства членов ее основного руководящего органа</i>)	
3.6	Банковская информация: Укажите банковские реквизиты (наименование, адрес, БИК банков, используемых Контрагентом для осуществления операций, номера расчетных счетов)	
3.7	Размер бизнеса: Укажите годовую выручку / доход / сумму пожертвований, полученных Контрагентом за последние 3 года в разбивке по годам (с указанием валюты)	
3.8	Опишите опыт и квалификацию Контрагента в сфере оказываемых услуг и достигнутые результаты (например, выполненные проекты, организованные мероприятия, занимаемую долю рынка и т.д.)	

3.9	Выданные лицензии: Укажите имеющиеся у Контрагента лицензии, необходимые для оказания услуг / выполнения работ / поставки товаров по договору с АО «Фармстандарт»	
3.10	<p style="text-align: center;">Укажите, какие из мер по предупреждению коррупции, предусмотренные статьей 13.3 Федерального закона от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции», приняты у Контрагента:</p> <p><input type="checkbox"/> Определение подразделений или должностных лиц, ответственных за профилактику коррупционных и иных правонарушений (укажите название такого подразделения, ФИО и должность ответственного лица)</p> <p><input type="checkbox"/> Сотрудничество организации с правоохранительными органами</p> <p><input type="checkbox"/> Разработка и внедрение в практику стандартов и процедур, направленных на обеспечение добросовестной работы организации (укажите название и приложите копии указанных стандартов и процедур)</p> <p><input type="checkbox"/> Принятие кодекса этики и служебного поведения работников организации (приложите копию документа)</p> <p><input type="checkbox"/> Предотвращение и урегулирование конфликта интересов (укажите название и приложите копию соответствующего документа)</p> <p><input type="checkbox"/> Недопущение составления неофициальной отчетности и использования поддельных документов (укажите название и приложите копию соответствующего документа)</p> <p><input type="checkbox"/> Другие меры, не указанные выше (подробно перечислите их и приложите соответствующие документы)</p> <p><input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного</p>	

4. Информация, касающаяся предпринимательской деятельности Контрагента		
4.1	Перечень стран, в которых Контрагент осуществляет свою деятельность.	
4.2	Перечень стран, в которых Контрагент будет оказывать услуги / выполнять работы для АО «Фармстандарт» (если отличаются от указанного в п. 4.1).	
4.3	Рекомендации: укажите наименования и контактную информацию двух и более компаний, для которых вы оказываете услуги / выполняете работы схожие с услугами / работами по договору с АО «Фармстандарт».	

5. Взаимоотношения с публичными должностными лицами, медицинскими и фармацевтическими работниками		
5.1	<p>Сотрудничает ли Контрагент с государственными предприятиями, департаментами, агентствами, государственными больницами или финансируемыми государством организациями, включая медицинских или фармацевтических работников, которые работают на государственные организации здравоохранения?</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>При ответе «Да», укажите данную</p>	

	государственную организацию(-ии), а также характер сотрудничества.	
5.2	<p>Являлись ли какие-либо работники / учредители / участники / бенефициарные владельцы / руководитель / члены органов управления Контрагента или члены их семьи или являются в настоящее время (возможно несколько вариантов) публичным должностным лицом либо медицинским или фармацевтическим работником:</p> <p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p> <p>При ответе «Да», укажите ФИО и должности таких лиц в компании, а также публичную должность / должность в медицинской или аптечной организации и место работы</p>	
5.3	<p>При ответе «Да» на вопрос п.5.2 укажите, имеют ли указанные лица полномочия принимать или оказывать влияние на принятие решений или рекомендаций касательно:</p> <p><input type="checkbox"/> а. Ценообразования на лекарственные препараты.</p> <p><input type="checkbox"/> б. Включения лекарственных препаратов в различные списки (например, ЖНВЛП).</p> <p><input type="checkbox"/> в. Бесплатного обеспечения лекарственными препаратами, в том числе через государственные закупки.</p> <p><input type="checkbox"/> г. Приобретения лекарственных препаратов для государственных и общественных организаций, учреждений и т.д. (например, Всемирная организация здравоохранения).</p> <p><input type="checkbox"/> д. Регистрации или выдачи разрешений на лекарственные препараты на территории РФ.</p> <p><input type="checkbox"/> е. Любых других регистраций, разрешений, одобрений, касающихся деловых интересов АО «Фармстандарт».</p> <p><input type="checkbox"/> Ничего из перечисленного.</p> <p>Если вы выбрали ответы а, б, в, г, д, е или е, пожалуйста, укажите детали.</p>	

6. Использование субподряда для работ / услуг, на которые планируется заключение договора с АО «Фармстандарт»		
6.1	<p>Планируете ли вы привлечь субподрядчика для поставки товаров / оказания услуг / выполнения работ в рамках договора с АО «Фармстандарт»?</p> <p><input type="checkbox"/> Да (при ответе «да» укажите наименование и ИНН субподрядчиков и заполните пункты 6.2 - 6.10)</p> <p><input type="checkbox"/> Нет (при ответе «нет» переходите к разделу 7)</p>	
6.2	Что именно субподрядчик будет выполнять для вас (опишите)?	
6.3	Будет ли субподрядчик взаимодействовать с медицинскими или фармацевтическими работниками либо публичными должностными лицами от имени АО «Фармстандарт»?	

	<input type="checkbox"/> Да (поясните) <input type="checkbox"/> Нет	
6.4	Сколько субподрядчиков вы планируете привлечь?	<input type="checkbox"/> 1 - 5 <input type="checkbox"/> более 5
6.5	Какой приблизительно процент работ, необходимых для оказания услуг / выполнения работ для АО «Фармстандарт» будет осуществлен субподрядчиком?	<input type="checkbox"/> менее 25% <input type="checkbox"/> между 25- 50% <input type="checkbox"/> 50 % или более
6.6	Какой приблизительно процент выручки / дохода Контрагента по договору с АО «Фармстандарт» будет произведен субподрядчиком / направлен субподрядчику?	<input type="checkbox"/> менее 25% <input type="checkbox"/> между 25- 50% <input type="checkbox"/> 50 % или более
6.7	Являются ли собственники / бенефициарные владельцы субподрядчика или ответственные за принятие ключевых решений лица субподрядчика публичными должностными лицами? <input type="checkbox"/> Да (поясните) <input type="checkbox"/> Нет	
6.8	Является ли субподрядчик компанией, контролируемой либо полностью или частично принадлежащей государству (владение >50% голосующих акций (или иных эквивалентных долей владения) компании или полномочия по назначению большинства членов ее основного руководящего органа)? <input type="checkbox"/> Да (поясните) <input type="checkbox"/> Нет	
6.9	Являются ли члены семьи собственников / бенефициарных владельцев субподрядчика или ответственного за принятие ключевых решений лица субподрядчика публичными должностными лицами? <input type="checkbox"/> Да (поясните) <input type="checkbox"/> Нет	

7. Взыскания, расследования, отстранения или лишения прав

7.1	Был ли кто-либо из ваших работников / учредителей / участников / бенефициарных владельцев / руководства / членов органов управления осужден, подвергнут лишению прав и/или временному отстранению от должности в связи с коррупцией, взяточничеством, легализацией незаконно полученных доходов, мошенничеством или иным подобным преступлением за последние 5 лет? <input type="checkbox"/> Да (опишите обстоятельства и принятые меры по исправлению) <input type="checkbox"/> Нет	
7.2	Был ли кто-либо из ваших работников /	

	<p>учредителей / участников / бенефициарных владельцев / руководства / членов органов управления обвинен или допрошен, вызван в суд для дачи показаний и т.д. в связи с судебным процессом или уголовным расследованием, касающимся коррупции, взяточничества, легализации незаконных доходов, мошенничества или иных подобных преступлений в течение последних 5 лет?</p> <p><input type="checkbox"/> Да (дайте общую характеристику данных обстоятельств)</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p>	
--	---	--

СОГЛАСИЕ КОНТРАГЕНТА

Настоящим подтверждаю, что:

- Я являюсь должным образом уполномоченным представителем Компании, указанной ниже.
- Предоставленная мною информация является полной и достоверной в той степени, в какой мне известна данная информация.
- В связи с сотрудничеством Компании с АО «Фармстандарт», никто из должностных лиц, директоров, участников, бенефициарных владельцев, агентов или представителей Компании («Представители») не предоставлял, не будет предоставлять или предпринимать попытки к предоставлению каких-либо ценностей публичному должностному лицу, медицинскому или фармацевтическому работнику, а также любому другому физическому или юридическому лицу, в прямой или скрытой форме, с целью получения или сохранения бизнеса или получения какого-либо ненадлежащего преимущества.

Подпись _____ Дата _____

Расшифровка подписи _____

Должность _____

Наименование Компании _____

Адрес Компании _____

М.П.

УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

(должно быть подписано Контрагентом на его фирменном бланке)

Настоящее уведомление о порядке использования конфиденциальной информации является неотъемлемой частью Анкеты контрагента (далее – «Анкеты»).

Для проведения комплексной проверки Контрагента прежде, чем он начнет предоставлять услуги АО «Фармстандарт», АО «Фармстандарт» должно собрать персональную информацию о руководстве, Ключевых сотрудниках, контактных лицах, участниках, бенефициарных владельцах и агентах Контрагента, а также других физических лицах, осуществляющих взаимодействие с Контрагентом (далее именуемые «Заинтересованные лица»). Эта информация будет собрана посредством заполнения и предоставления Контрагентом АО «Фармстандарт» Анкеты (Часть 1 данного документа), а также посредством общедоступных источников, включая сеть Интернет.

Поскольку АО «Фармстандарт» придерживается принципов уважения прав на неприкосновенность частной жизни и выполняет требования действующего законодательства, защищающие частную жизнь граждан, настоящим документом Контрагент уведомлен и подтверждает, что:

1. Сбор, использование и обмен информацией

Заполняя Анкету (Часть 1 данного документа), Контрагент предоставляет АО «Фармстандарт» персональную информацию о Заинтересованных лицах в целях проведения АО «Фармстандарт» комплексной проверки Контрагента. При необходимости или в требуемых случаях, часть этой персональной информации будет подтверждаться с использованием другой информации, доступной АО «Фармстандарт» или назначенному независимому организатору комплексной проверки, либо общедоступных сведений.

Настоящим Контрагент подтверждает, что:

- Предоставляя АО «Фармстандарт» информацию, содержащуюся в Анкете, Контрагент не нарушает действующее законодательство, в том числе законодательство о персональных данных;
- Контрагент получил соответствующие согласия от Заинтересованных лиц на предоставление и обработку АО «Фармстандарт» информации, относящейся к Заинтересованным лицам.

Подписывая и представляя данную форму, Контрагент признает и соглашается:

- предоставить Заинтересованным лицам копию данного уведомления о порядке использования конфиденциальной информации;
- что АО «Фармстандарт» не несет ответственности за убытки, которые могут возникнуть у Контрагента в результате отказа Контрагента от данной процедуры;
- что АО «Фармстандарт» и Контрагент обязаны соблюдать конфиденциальность персональных данных Заинтересованных лиц и обеспечивать безопасность персональных данных Заинтересованных лиц при их обработке, принимать необходимые правовые, организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных;

- что Контрагент несет ответственность перед АО «Фармстандарт» за нарушение заверений, данных в настоящем уведомлении.

Информация, собранная с помощью Анкеты, будет обрабатываться как с применением средств автоматизации, так и без применения таких средств. Срок хранения информации неограничен.

2. Доступ к информации

Заинтересованные лица имеют право доступа к персональной информации, связанной с ними и сохраняемой АО «Фармстандарт». Они также имеют право требовать уточнения, блокирования или уничтожения этой информации, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для цели их обработки. Заинтересованное лицо, которое желает использовать свои права или получить дополнительную информацию, должно связаться с АО «Фармстандарт» по адресу: 141700, Московская обл., г. Долгопрудный, Лихачевский проезд, д. 5 «Б».

Подпись _____ Дата _____

Расшифровка подписи _____

Должность _____ Компания _____

М.П.