

Приложение 5 к Коммерческой Политики от 19 декабря 2019 года**КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ФОРМА Q2
(АНКЕТА ДЕЛОВОГО ПАРТНЕРА)****ВВЕДЕНИЕ И УВЕДОМЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ**

Третьим лицам, которые будут предоставлять услуги компании IPSEN от своего имени или имени Ipsen, требуется заполнить этот опросник, являющийся частью предварительной комплексной проверки третьих лиц, имеющих отношение к Ipsen.

Цель этого процесса — убедиться в том, что третьи лица, имеющие отношение к Ipsen, располагают надлежащими средствами контроля за соблюдением требований законов, правил и других положений в области борьбы со взяточничеством и противодействия коррупции, такими как методы ведения рекламных кампаний и разглашения информации с соблюдением норм информационной прозрачности.

Ipsen может запросить дополнительную информацию для целей проведения предварительной комплексной проверки третьих лиц. В случае, если данная информация будет относиться к категориям персональных данных, специальное согласие на обработку персональных данных может быть запрошено для обеспечения соответствия законодательству в области защиты персональных данных.

Отвечайте на все вопросы как можно более полно. Ipsen полагает, что Вы уполномочены предоставлять запрашиваемую информацию, Ваши ответы точные и достоверные, Если Вам необходимы пояснения в отношении данного опросника, пожалуйста, обратитесь к контактному лицу в Ipsen. .

Информация, полученная из этого опросника, будет носить конфиденциальный характер. .

По заполнении верните форму с сопроводительными документами в соответствии с требованиями работнику IPSEN, имя которого указано ниже.

Заполняется компанией Ipsen	Работник Ipsen:	
	Должность:	
	Адрес электронной почты:	
	Телефон:	

Ответьте на следующие вопросы максимально точно. **Необходимо ответить на все вопросы полностью.**

В вопросах, требующих отметки в поле, щелкните поле два раза и выберите Checked («Отмечено»). После этого выбранное поле будет выглядеть следующим образом: .

1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ	
1.1	<p>Название третьего лица Если это компания, укажите название юридического лица; если это физическое лицо, укажите имя и фамилию</p> <p>Примечание. Это должно быть название юридического лица или имя и фамилия физического лица, которые будут фигурировать в контракте/сделке.</p>
1.2	<p>Идентификационный номер компании / регистрационный номер (ОГРН) и дата регистрации / дата рождения физического лица</p> <ul style="list-style-type: none"> • Регистрационный номер (ОГРН): • Дата регистрации / дата рождения:
1.3	<p>Адрес головного офиса (юридический адрес): улица, номер дома, город, почтовый индекс, страна</p> <p>Примечание. Это основной адрес юридического лица, который будет фигурировать в сделке/контракте с компанией Ipsen. Он не является адресом вашей региональной или международной штаб-квартиры.</p>
1.4	<p>Фактический адрес (если отличается от адреса головного офиса- юридического адреса):</p>

	<p>улица, номер дома, город, почтовый индекс, страна</p> <p>Примечание. Данное поле заполняется, только если имеется другой адрес, по которому данное юридическое лицо ведет свою деятельность и который отличается от адреса головного офиса. В противном случае укажите: «Н/П».</p>	
1.5	<p>Банковские реквизиты Используются для сделок с IPSEN</p> <p>Название банка:</p> <p>Адрес:</p> <p>Страна:</p> <p>Номер счета:</p> <p>SWIFT/IBAN:</p>	
1.6	<p>Адрес для выставления счета</p>	<p><input type="checkbox"/> Тот же, что и фактический адрес</p> <p><input type="checkbox"/> Тот же, что и адрес головного офиса</p> <p><input type="checkbox"/> Другой (укажите улицу, номер дома, город, почтовый индекс, страну):</p>

1.7	Приложите сертификат о налоговом резидентстве (Свидетельство ИНН)	<input type="checkbox"/> Сертификат прилагается <input type="checkbox"/> Сертификат отсутствует (поясните):
1.8	Каков ваш годовой оборот? Примечание. Для справки воспользуйтесь официальным курсом обмена валют Банка Франции (https://www.banque-france.fr/en/economics-statistics/rates/exchange-rates.html)	<input type="checkbox"/> Менее 1 миллиона евро <input type="checkbox"/> От 1 до 10 миллионов евро <input type="checkbox"/> Более 10 миллионов евро <input type="checkbox"/> Примененный курс обмена: Евро к _____ Дата _____ 1 евро = _____
1.9	Какая процентная доля вашего текущего/ожидаемого оборота приходится на Ipsen (приблизительно)?	<input type="checkbox"/> Менее 25% <input type="checkbox"/> От 25 до 50% <input type="checkbox"/> Более 50%
1.10	Сколько у вас работников?	
1.11	Какова продолжительность предоставления услуг компании Ipsen в контексте данной сделки?	<input type="checkbox"/> Менее 1 года <input type="checkbox"/> От 1 года до 5 лет <input type="checkbox"/> Более 5 лет

2. ЮРИДИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ		
2.1	Ваша организационно-правовая форма Приложите соответствующую документацию, касающуюся структуры собственности вашей организации.	<input type="checkbox"/> Индивидуальный предприниматель <input type="checkbox"/> Общество или компания: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> непубличная(ое) <input type="checkbox"/> публичная(ое) <input type="checkbox"/> принадлежащая(ее) государству (полностью или частично) <input type="checkbox"/> Другое (опишите):
2.2	Удостоверяется ли ваша финансовая отчетность аудиторами, проводящими обязательный аудит?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет (объясните почему):

2.3	Компания зарегистрирована на публичной фондовой бирже?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите название фондовой биржи:
-----	---	--

3. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ГОСУДАРСТВЕННЫМИ СЛУЖАЩИМИ ИЛИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ		
3.1	Взаимодействуете ли вы со следующими государственными организациями/лицами в рамках деятельности, выполняемой для IPSEN?	<input type="checkbox"/> Да. Выберите организации/лица из перечисленных ниже. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Государственный служащий <input type="checkbox"/> Министерства <input type="checkbox"/> Агентства <input type="checkbox"/> Управляемые государством больницы <input type="checkbox"/> Финансируемые государством организации <input type="checkbox"/> Врачи или фармацевты, работающие в государственных учреждениях здравоохранения <input type="checkbox"/> Ничего из вышеперечисленного
		<p>Если да, опишите характер коммерческой деятельности, которую вы ведете с ними:</p>
3.2	Работает ли у вас какой-либо действующий или бывший государственный служащий или	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

	<p>близкий родственник государственного служащего, который обладает полномочиями принимать решения или способен оказывать влияние на решения касательно продуктов IPSEN или оказания услуг для IPSEN?</p>	<p>Если да, опишите область, в которой он обладает полномочиями принимать решения или способен оказывать влияние на решения касательно продуктов Ipsen или оказания услуг для Ipsen:</p>
--	--	--

4. СУБПОДРЯДНЫЕ ОТНОШЕНИЯ		
<p>4.1</p>	<p>Передаете ли вы частично или полностью выполнение услуг для Ipsen в субподряд третьему(им) лицу(ам)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> До 25%</p> <p><input type="checkbox"/> От 25 до 50%</p> <p><input type="checkbox"/> Свыше 50%</p> <p><input type="checkbox"/> Нет (переходите сразу к разделу 5)</p>
<p>4.2</p>	<p>Какие виды деятельности вы поручаете или будете поручать субподрядчикам?</p> <p>Выберите все подходящие виды деятельности.</p>	<p>Медицинские услуги</p> <p><input type="checkbox"/> Клинические исследования (фаза I—IV)</p> <p><input type="checkbox"/> Неинтервенционные исследования</p> <p><input type="checkbox"/> Фармаконадзор</p> <p><input type="checkbox"/> Деятельность, не связанная с ведением рекламных кампаний (включая соглашения о гонорарной оплате услуг, заключаемые с работниками сферы здравоохранения и организациями здравоохранения)</p> <p><input type="checkbox"/> Медицинская информация</p> <p><input type="checkbox"/> Программы поддержки пациентов</p> <p>Работа с разрешительными органами и доступ на рынок</p> <p><input type="checkbox"/> Подача заявок в разрешительные органы (например, на получение регистрационного свидетельства)</p>

Взаимодействие с органами оценки медицинских технологий, плательщиками и прочими заинтересованными лицами (например, возмещение затрат, переговоры о ценах)

Маркетинг и продажи

Распространение образцов / бесплатных товаров

Ведение рекламных кампаний (включая соглашения о гонорарной оплате услуг между работниками сферы здравоохранения и организациями здравоохранения)

Коммерческие предложения

Лоббирование и связи с общественностью

Лоббирование

Услуги в сфере связей с общественностью

Заявления на получения лицензий

Заявления на получение лицензий и разрешений на ведение деятельности (например, производство, нормативно-правовая деятельность)

Производство и прочая деятельность

Производственная деятельность (активный фармацевтический ингредиент, лекарственное средство)

Таможенное оформление ввоза, услуги, связанные с импортом/экспортом

Складская деятельность

Сбыт (покупка, продажа или консигнация)

Уничтожение товара

Управление материально-техническим снабжением

Взыскание задолженности и факторинг

		<p>Разное</p> <p><input type="checkbox"/> Изучение рынка</p> <p><input type="checkbox"/> Управление событиями /путешествия</p> <p><input type="checkbox"/> Консультационные услуги, связанные с налогами, аудитом или правовыми вопросами, с консалтинговыми компаниями, требующие взаимодействия с государственными служащими</p> <p><input type="checkbox"/> Перевозка товаров /логистика</p> <p><input type="checkbox"/> Приобретение химических продуктов, включая вспомогательные вещества</p>
4.3	<p>Взаимодействуют ли ваши субподрядчики с государственными служащими и (или) работниками сферы здравоохранения при выполнении переданных им в субподряд услуг?</p>	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если да, опишите:</p>

<p>5. ОБЩАЯ СИСТЕМА КОНТРОЛЯ СОБЛЮДЕНИЯ НОРМ</p>		
5.1	<p>Имеются ли какие-либо решения совета директоров или заявления высшего руководства компании, которыми инициировано создание антикоррупционной программы?</p>	<p><input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет</p> <p>Если да, укажите дату:</p>
5.2	<p>Имеется ли у вас должностное лицо по обеспечению соблюдения законодательства?</p>	<p><input type="checkbox"/> ДА</p> <p><input type="checkbox"/> Полностью контролирует обеспечение соблюдения норм</p> <p><input type="checkbox"/> Частично контролирует обеспечение соблюдения норм</p>

		<input type="checkbox"/> НЕТ Если да, укажите его (ее) контактную информацию:
5.3	Имеется ли у вас корпоративный кодекс этики/поведения?	<input type="checkbox"/> Да (приложите документ) <input type="checkbox"/> Нет
5.4	Имеется ли у вас программа по борьбе с коррупцией или взяточничеством (например, нормы, политика и (или) предварительная комплексная проверка в отношении деловых партнеров, направленные на предотвращение коррупции и взяточничества, или аналогичные материалы, связанные с обеспечением соблюдения норм)? Если такие материалы отсутствуют, укажите: «Корпоративный кодекс этики / антикоррупционная политика отсутствует»	<input type="checkbox"/> Да (приложите документ) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Корпоративный кодекс этики/поведения <input type="checkbox"/> Антикоррупционные нормы <input type="checkbox"/> Антикоррупционная политика <input type="checkbox"/> Предварительная комплексная проверка в отношении деловых партнеров (третьи лица) <input type="checkbox"/> Другое (опишите): <input type="checkbox"/> Антикоррупционная программа отсутствует
5.5	Имеется ли у вас политика или процедуры урегулирования конфликта интересов?	<input type="checkbox"/> ДА (приложите документ) <input type="checkbox"/> НЕТ Если нет, рассматривается ли в должной степени конфликт интересов в корпоративном кодексе этики/поведения: да/нет
5.6	Проводите ли вы со своими работниками или другими подрядчиками	<input type="checkbox"/> ДА (укажите темы обучения):

	<p>обучениесоответствующим правилам и (или) упомянутому корпоративному кодексу этики?</p> <p>Обучение может проводиться в ходе личных встреч либо принимать другую форму, например индивидуального обучения в режиме онлайн.</p>	<p><input type="checkbox"/> НЕТ (укажите темы обучения):</p> <p><input type="checkbox"/> Неприменимо (отсутствует корпоративный кодекс этики / антикоррупционная политика / правила в отношении борьбы с коррупцией или конфликта интересов)</p>
5.7	<p>Согласна ли ваша компания участвовать в проводимом Ipsen курсе обучения действующему антикоррупционному законодательству?</p>	<p><input type="checkbox"/> ДА</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ (поясните):</p>
5.8	<p>Есть ли у вас процедура управления оповещениями в случае появления возможных проблем, связанных с антикоррупционными мерами?</p>	<p><input type="checkbox"/> ДА (дайте краткое описание или приложите документ):</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p>
5.9	<p>Согласны ли вы включить в контракт с Ipsen положение о праве проведения аудиторской проверки вашей программы соблюдения законодательства?</p>	<p><input type="checkbox"/> ДА</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ (поясните):</p>
5.10	<p>Налагали ли регулирующие органы на вашу компанию санкции, запреты или вводили ли в отношении вашей компании приостановление профессиональной деятельности в связи со взяточничеством, легализацией незаконно полученных доходов или другим соответствующим правонарушением?</p>	<p><input type="checkbox"/> ДА</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p> <p>Если да, укажите такие случаи, не называя имени вовлеченного лица:</p>
5.11	<p>Была ли вовлечена ваша компания или любой из нынешних директоров или законных представителей в</p>	<p><input type="checkbox"/> ДА</p> <p><input type="checkbox"/> НЕТ</p>

	<p>расследование/судопроизводство в связи с нарушением антикоррупционного или антимонопольного законодательства за последние пять лет?</p>	<p>Если да, укажите такие случаи, не называя имени вовлеченного лица:</p>
--	---	---

6. РЕКЛАМА (ЕСЛИ РЕКЛАМНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДИЛИСЬ В ОТНОШЕНИИ ПРОДУКЦИИ IPSEN)

6.1	<p>Имеются ли у вас какие-либо правила/процедуры, обеспечивающие надлежащее ведение рекламных кампаний?</p>	<p><input type="checkbox"/> Да (приложите документ) <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо (перейдите к разделу 7)</p>
6.2	<p>Проводите ли вы обучение своих работников правилам/процедурам, обеспечивающим надлежащее ведение рекламных кампаний?</p> <p>Обучение может проводиться в ходе личных встреч либо принимать другую форму, например индивидуального обучения в режиме онлайн.</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>

7. ИНФОРМАЦИОННАЯ ПРОЗРАЧНОСТЬ

7.1	<p>Обязаны ли вы в своих отношениях с работниками сферы здравоохранения соблюдать какие-либо законы касательно раскрытия информации о передаче ценностей работникам и организациям здравоохранения или положения отраслевого кодекса?</p>	<p><input type="checkbox"/> Да (укажите): <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неприменимо (перейдите к разделу 8)</p>
-----	--	--

7.2	Разработан ли у вас процесс по раскрытию информации о передаче ценностей работникам и организациям здравоохранения?	<input type="checkbox"/> Да (приложите документ) <input type="checkbox"/> Нет
-----	---	--

8. СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА

8.1	Имеется ли в вашей компании программа, пропагандирующая равенство и препятствующая дискриминации (например, по инвалидности, половому признаку или возрасту)?	<input type="checkbox"/> Да (поясните или приложите документ) <input type="checkbox"/> Нет
8.2	Принимает ли ваша компания специальные меры по обеспечению прав человека, включая труд рабочих, не достигших требуемого минимального возраста, или принудительный труд?	<input type="checkbox"/> Да (поясните) <input type="checkbox"/> Нет

9. ПРОЧЕЕ

9.1	Добавьте любую другую относящуюся к делу информацию.	
-----	--	--

Список документов, которые необходимо приложить в соответствующих случаях

- Документация, подтверждающая организационно-правовую структуру (Свидетельство ОГРН)
- Сертификат о налоговом резидентстве (Свидетельство ИНН)
- Корпоративный кодекс этики/поведения
- Антикоррупционные нормы
- Антикоррупционная политика
- Процесс предварительной комплексной проверки третьих лиц
- Политика в отношении конфликтов интересов

- Процедура управления оповещениями
- Политика в отношении ведения рекламных кампаний
- Процесс раскрытия информации о передаче ценностей работникам и организациям здравоохранения
- Программа защиты прав человека

Я прочитал(а), понял(а) информацию и заявления, а также согласен(на) с информацией и заявлениями, содержащимися в настоящем опроснике. Я подтверждаю, что имею все полномочия предоставлять IPSEN такую информацию.

Я прочитал(а) и понял(а) все вопросы в этой форме, и, насколько мне известно, вся информация, приведенная в ответах, является верной и полной.

Я понимаю, что любая предоставленная ложная или вводящая в заблуждение информация может повлиять на соглашение или другие договоренности с компанией IPSEN.

Да Нет

Название компании	
Имя контактного лица (имя и фамилия)	
Название должности	
Дата/подпись/печать	

Приложение 6

ОПРОСНИК ДЕЛОВОГО ПАРТНЕРА

ОПРОСНИК ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОВЕРКИ ТЕХНИЧЕСКОЙ И КАДРОВОЙ ОСНАЩЕННОСТИ

1	Система управления качеством		
	Внедрена ли система управления качеством	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
1.1.	Наличие руководства по качеству (процедуры)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>
1.2.	Внедрена ли система управления изменениями (наличие процедуры либо положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>
1.3.	Внедрены ли самоинспекции/самопроверки (наличие (а) процедуры либо положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах и (б) графика)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>
1.4.	Внедрен ли план корректирующих и предупреждающих действий ((а) наличие процедуры либо положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах, а также (б) наличие и перечень последних САРА-планов и их внедрение, т.е. фактическое применение соответствующих корректирующих и предупреждающих действий, в случае выявления нарушений или отклонений от установленных процедур в области качества)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>
2.	Помещения		
2.1.	Наличие зоны склада (зоны основного хранения) (выделяется на схеме)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Предоставление документа по запросу</i>
2.2.	Наличие процедуры доступа к помещениям, учета и контроля доступа сотрудников либо	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>

	соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах		
2.3.	Наличие зоны карантинного хранения лекарственных препаратов и соответствующей процедуры либо положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу</i>
2.4.	Наличие зоны хранения выявленных фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных лекарственных препаратов (зоны брака) и соответствующей процедуры либо положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу</i>
2.5.	Наличие процедуры по уборке помещений (либо соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах) и графика уборки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу</i>
2.6.	Оснащение помещений таким образом, чтобы обеспечить защиту от проникновения насекомых, грызунов или других животных	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу</i>
3	Оборудование		
3.1.	Наличие и перечень оборудования, используемого в процессе хранения. Наличие графика планового обслуживания и ремонта оборудования.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Предоставление документа по запросу</i>
3.2.	Наличие системы резервного энергоснабжения и процедуры ее использования либо соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>
3.3.	Осуществление валидации и квалификации оборудования, поверки систем измерения (наличие процедуры либо соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>

	документах, а также графика и отчетов).		
4	Персонал		
4.1.	Назначено ли лицо, ответственное за внедрение и обеспечение системы качества	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Предоставление должностной инструкции.</i>
4.2.	Наличие и внедрение программы обучения, записей о проведении обучения, оценки эффективности обучения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Предоставление документа по запросу</i>
5	Условия хранения на складе.		
5.1.	Мониторинг зоны основного хранения (+15 +25): наличие схемы расположения датчиков, температурное картирование, наличие отчетов по валидации, наличие данных по температуре за июль и январь последнего года (в виде графика) и соответствие таких данных указанным температурным ограничениям	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>
5.2.	Наличие зоны хранения + 2 + 8: наличие схемы расположения датчиков, температурное картирование, наличие отчетов по валидации, наличие данных по температуре за июль и январь последнего года (в виде графика), отсутствие сигналов тревоги и соответствие данных указанным температурным ограничениям. Проведение тестирования системы.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>
5.3.	Наличие процедуры, описывающей действия при отклонении температур либо соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>
5.4.	Наличие графика проверки средств измерения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>
5.5.	Наличие плана поддержания непрерывности операций на случай чрезвычайной ситуации	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i>
6	Транспортировка		

6.1.	Контроль условий транспортировки (наличие процедуры либо соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах). Транспортируют сами или пользуются услугами перевозчика. Проводился ли аудит перевозчика.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, сами <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.
6.2.	Проведение квалификации транспортных средств и температурного картирования.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.
7	«Холодовая цепь»		
7.1.	Порядок работы с препаратами «холодовой цепи» (наличие процедуры либо соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.
7.2.	Приемка и отгрузка препаратов «холодовой цепи» (наличие процедуры либо соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.
7.3.	Термоконееры (наличие процедуры либо соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах). Описание <i>[пожалуйста, укажите, описание чего должно быть предоставлено Деловым партнером]</i> . Проведение валидации (наличие графика и отчетов).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.
7.4.	Наличие терморегистраторов и осуществление проверки их данных.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.
8.	Процедура отзыва (наличие процедуры либо соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.

<p>9.</p>	<p>Фальсифицированные препараты (недоброкачественные препараты, контрафактные препараты) (наличие процедуры либо соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах)</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	<p><i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i></p>
<p>10</p>	<p>Уничтожение (наличие процедуры либо соответствующих положений в руководстве по качеству, либо в иных внутренних документах).</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>	<p><i>Укажите название и номер. Предоставление документа по запросу.</i></p>