

КВАЛИФИКАЦИОННАЯ ФОРМА Q2 (АНКЕТА ДЕЛОВОГО ПАРТНЕРА) / Q2 QUALIFICATION FORM (BUSINESS PARTNER QUESTIONNAIRE)

АНКЕТА ДЛЯ ВНЕШНЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ (Q2)

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЕ ИПСЕН

Информация для третьего лица:

Ипсен необходимо убедиться в том, что третье лицо компании Ипсен имеет надлежащую комплаенс-инфраструктуру для соблюдения применимого антикоррупционного законодательства, а также других требований, таких как требования в сфере продвижения продукции и раскрытия информации. В данной связи, Ипсен разработала Процедуру оценки третьих лиц в целях проверки благонадежности всех своих потенциальных и действующих партнеров.

Ипсен может запросить у третьих лиц, которые оказывают или будут оказывать услуги от имени Ипсен, заполнить данную Анкету Q2. Если Вас попросят заполнить ее, пожалуйста постарайтесь ответить на каждый вопрос. Ипсен ожидает, что Вы уполномочены предоставить запрашиваемую информацию и Ваши ответы будут точными и предоставлены доросовестно. Любые данные предоставляются добровольно; однако непредоставление данных может повлиять на Ваши перспективы быть привлеченным компанией Ипсен для оказания услуг.

Если у Вас возникнут затруднения в части понимания или предоставления ответов на вопросы, просим связаться с сотрудниками Ипсен, с которыми вы поддерживаете контакт. Ипсен может запросить дополнительную информацию в целях проведения оценки, и в таком случае Ипсен свяжется с Вами с соответствующим запросом. Вся информация, предоставленная Ипсен в процессе оценки, будет рассматриваться как конфиденциальная.

После заполнения анкеты, пожалуйста, убедитесь в том, что вы подгрузили все запрашиваемые документы, перед отправкой в Ипсен.

ФИО ответственного сотрудника Ипсен	
Должность	
Страна	
Отдел	
Email	
Телефон	

РАЗДЕЛ 2 КОРПОРАТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ЛИЦА	
2.1	Зарегистрированное фирменное наименование Вашей компании
2.2	Дата учреждения Компании
2.3	Страна регистрации Компании в качестве юридического лица
2.4	Регистрационный номер <i>Пожалуйста, приложите копию свидетельства о регистрации компании/постановки на учет в налоговом органе</i>
2.5	Описание Вашей коммерческой деятельности
2.6	Количество работников (включая штатных и на неполный рабочий день)
2.7	Вебсайт компании/организации
2.8	Юридический адрес

РАЗДЕЛ 2 КОРПОРАТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ЛИЦА		
2.9	Фактический адрес, если отличается от юридического адреса	
2.10	Адрес для выставления счетов	<input type="checkbox"/> Тот же самый, что и фактический <input type="checkbox"/> Тот же самый, что и юридический <input type="checkbox"/> Другое (пожалуйста, укажите улицу, номер дома, город, почтовый индекс, страну)
Финансовая информация о Третьем лице		
2.11	Наименование банка	
2.12	Страна банка, в котором открыт счет, используемый для расчетов с Ипсен	
2.13	Если страна банка, в которой открыт счет, отличается от страны компании, пожалуйста, объясните почему	
2.14	Ваш годовой оборот <i>Примечание: Пожалуйста, используйте официальный курс обмена Банка Франции (https://www.banque-france.fr/en/economics-statistics/rates/exchange-rates.html)</i>	<input type="checkbox"/> Менее 1 млн. евро <input type="checkbox"/> 1 - 10 млн евро <input type="checkbox"/> Более 10 млн. евро <input type="checkbox"/> Используемый курс обмена: евро/ _____ Дата _____ 1 евро = _____
2.15	Примерный процент от текущего/ожидаемого оборота, который приходится на бизнес с Ипсен	<input type="checkbox"/> Менее 25% <input type="checkbox"/> От 25% до 50% <input type="checkbox"/> Более 50%
2.16	Ваша финансовая отчетность прошла аудит у внешнего аудитора? Если нет, пожалуйста, объясните почему	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2.17	Срок действия предполагаемого договора/транзакции с Ипсен	<input type="checkbox"/> Менее 1 года

РАЗДЕЛ 2 КОРПОРАТИВНЫЕ СВЕДЕНИЯ ТРЕТЬЕГО ЛИЦА	
	<input type="checkbox"/> от 1 до 5 лет <input type="checkbox"/> Более 5 лет

РАЗДЕЛ 3 ТИП СОБСТВЕННОСТИ ТРЕТЬЕГО ЛИЦА										
3.1	Тип Вашей организации <i>Если акции открыто торгуются на бирже, пожалуйста, предоставьте официальную публичную информацию с указанием акционеров, партнеров или владельцев компании.</i> <i>Если публичная информация не содержит сведений об акционерах, пожалуйста, укажите, с соблюдением законодательства о неприкосновенности частной жизни, всех мажоритарных (владеющих более 5%) акционеров (публичных и закрытых компаний), а также размер их долей в капитале в виде процента.</i>	<input type="checkbox"/> Публичная <input type="checkbox"/> Частная <input type="checkbox"/> Другая При ответе "другие", пожалуйста объясните:								
3.2	Если публичная компания имеет листинг на открытой фондовой бирже, пожалуйста, укажите на какой									
3.3	Если в частной собственности, укажите количество владельцев									
3.4	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Полное имя владельца(-ев)</th> <th>% в капитале</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Полное имя владельца(-ев)	% в капитале							Если владелец является юридическим лицом, укажите страну регистрации. Если владелец является физическим лицом, укажите страну, резидентом которой он является.
Полное имя владельца(-ев)	% в капитале									
3.5	Являетесь/являлись ли Вы, или любое из должностных лиц, директоров или сотрудников:									
	Избранным государственным чиновником?									

	Должностным лицом, директором или сотрудником государственного органа или министерства?	
	Должностным лицом, директором или сотрудником организации, которая как минимум на 50% находится в собственности или контролируется в ином порядке государственной организацией?	
	Должностным лицом, директором, сотрудником или чиновником политической партии?	
3.6	<p>Является ли кто-либо из Ваших владельцев, акционеров, должностных лиц, директоров, сотрудников или подрядчиков, насколько Вам известно, сотрудником Ипсен или членом семьи сотрудника Ипсен?</p> <p>Если да, опишите характер их заинтересованности или участия в контроле над Вашей организацией</p>	

РАЗДЕЛ 4 ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ТРЕТЬЕГО ЛИЦА С ВНЕШНИМИ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫМИ ЛИЦАМИ		
4.1	При оказании услуг Ипсен, будете ли вы взаимодействовать с:	
	Организациям, связанным с правительством, чиновникам или представителям власти?	
	Профессиональными специалистами сферы здравоохранения, организациями сферы здравоохранения или пациентами?	
4.2	Будет ли иметь место передача ценностей (напр. вознаграждения, оплата представительских расходов, транспортных расходов и т.д.) от Вас	
	Организациям, связанным с правительством, чиновникам или представителям власти?	
	Профессиональным специалистам сферы здравоохранения, организациям сферы здравоохранения или пациентам?	

РАЗДЕЛ 5 СУБПОДРЯД ТРЕТЬЕГО ЛИЦА		
5.1	Будете ли Вы передавать часть или все услуги, оказываемые Ипсен, на субподряд другим третьим лицам?	

	Если ДА:	
	Укажите объем услуг, передаваемых на субподряд, в процентах:	<input type="checkbox"/> Менее 25% <input type="checkbox"/> От 25% до 50% <input type="checkbox"/> Более 50%
	Сведения об услугах, передаваемых на субподряд:	
	Будут ли Ваши субподрядчики взаимодействовать с организациями, связанными с правительством или чиновниками, представителями власти, профессиональными специалистами сферы здравоохранения, организациями сферы здравоохранения или пациентами?	
	Если да, пожалуйста, объясните характер взаимодействия:	
5.2	Имеется ли у вас официальная процедура отбора и контроля субподрядчиков? <i>Если да, пожалуйста, объясните и предоставьте подтверждающую документацию.</i>	
5.3	Включаете ли вы в тексты договоров с субподрядчиками статьи о противодействии подкупу и коррупции?	

РАЗДЕЛ 6 УЧАСТИЕ В ОТРАСЛЕВЫХ/ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ АССОЦИАЦИЯХ И ПРОЗРАЧНОСТЬ		
6.1	Является ли Ваша организация членом отраслевой или профессиональной ассоциации? Если да, пожалуйста, объясните	
6.2	Обязаны ли Вы в соответствии с законодательством, нормативно-правовыми актами или отраслевыми/профессиональными кодексами раскрывать информацию или сообщать о вашем взаимодействии с профессиональными специалистами сферы здравоохранения (НСП), например, о выплате вознаграждения, спонсорстве, оплате транспортных расходов? <i>(“Требования прозрачности в отношениях с НСП”)</i>	

6.3	Имеется ли в Вашей организации процедура обеспечения выполнения требований прозрачности в отношениях с НСР?	
-----	---	--

РАЗДЕЛ 7 СОБЛЮДЕНИЕ ЭТИЧЕСКИХ И НОРМАТИВНЫХ ТРЕБОВАНИЙ		
7.1	Имеется ли в Вашей организации следующее:	
	Кодекс поведения или Этический кодекс	
	Политика или положение или заявления о противодействии подкупу и коррупции	
	Политика или положение или заявления о конфликте интересов	
	Процедура по работе с сообщениями о нарушениях (“уведомлениях о подозрениях в совершении неправомерного действия”)	
	Политики или процедуры по обеспечению надлежащих практик продвижения	
	<p><i>При ответе да на любой вышеуказанный пункт, пожалуйста, предоставьте копию каждого из таких документов и приложите к данной анкете.</i></p> <p>Вы также можете предоставить дополнительную информацию к Вашим ответам:</p>	
7.2	Имеется ли в Вашей организации программа по обеспечению равенства и предотвращению дискриминации (напр., в отношении людей с ограниченными возможностями, трансгендеров, пожилых людей)?	
7.3	Принимаете ли Вы специальные меры по обеспечению соблюдения прав человека, включая отказ в трудоустройстве работникам младше установленного возраста или отказ в использовании принудительного труда?	
7.4	<p>Проводите ли Вы периодические тренинги по соблюдению нормативных требований для Ваших сотрудников, подрядчиков, агентов или других лиц?</p> <p>Если да, пожалуйста, выберите темы тренингов:</p>	
7.5	Пожалуйста, укажите любые другие темы проводимых тренингов	

7.6	<p>Вы согласны проходить тренинг по противодействию коррупции от компании Ипсен?</p> <p>Если нет, пожалуйста, объясните почему:</p>	
7.7	<p>Вы согласны включить статью о праве на проведение аудита в Ваш договор с компанией Ипсен?</p>	
7.8	<p>Подвергалась ли Ваша компания регуляторным санкциям, штрафам, отстранению от и/или приостановлению профессиональной деятельности в связи с подкупом, отмыванием денег или другими сходными правонарушениями?</p>	
7.9	<p>Применялось ли к Вашей компании или к любым действующим директорам или уполномоченным представителям расследование/процедура, предусмотренная законодательством о противодействии коррупции или антимонопольным законодательством (или расследование проводится в настоящее время в связи с возможным правонарушением)?</p> <p><i>Пожалуйста, укажите сведения за последние пять лет.</i></p>	
7.10	<p>Имеется ли у Вас в штате сотрудник, отвечающий за соблюдение нормативных требований?</p> <p>Если да, пожалуйста, предоставьте контактные данные таких сотрудников</p>	

РАЗДЕЛ 8: ПРОЧАЯ НЕОБХОДИМАЯ ИНФОРМАЦИЯ

8.1

РАЗДЕЛ 9 | СОГЛАСИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ

Ипсен будет использовать информацию, полученную с помощью настоящей анкеты, в целях применения программы проверки благонадежности третьих лиц и, в таких целях, данная информация может быть предоставлена и/или передана другим аффилированным лицам Ипсен, уполномоченным сотрудникам Ипсен и/или другим поставщикам-третьим лицам, привлеченным Ипсен для проведения оценки ее третьего лица (“Уполномоченные поставщики”). Заполняя данную анкету, Вы предоставляете Ипсен Ваше ясно выраженное согласие на предоставление информации, полученной с помощью настоящей анкеты, уполномоченным сотрудникам Ипсен и/или Уполномоченным Поставщикам.

Ипсен обязуется использовать любые Персональные данные, раскрытые третьим лицом в целях заполнения настоящей Анкеты или в связи с ней, только в указанных в анкете целях и обязуются защищать такие Персональные данные от незаконного или несанкционированного раскрытия, с применением разумных административных, технических и физических средств защиты и применять другие разумные меры безопасности с учетом типа обрабатываемых персональных данных.

Заполняя настоящую анкету, Вы подтверждаете, что:

- Вы прочли, поняли и согласны с информацией и заявлениями, указанными в настоящей анкете.
- Вы обладаете всеми полномочиями на предоставление информации, указанной в настоящей анкете, компании Ипсен.
- Вы прочли и поняли все вопросы в настоящей анкете, и, насколько Вам известно, предоставленная Вами информация является полной, точной и достоверной.
- Вы понимаете, что любая предоставленная информация, которая является недостоверной или вводящей в заблуждение, может негативно повлиять на Ваши перспективы быть привлеченным компанией Ипсен для оказания услуг.

Имя контактного лица представляющего Третье лицо	
Имя лица, заполнившего настоящую анкету	
Должность лица, заполнившего данную анкету	
Дата	

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 CAPA-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		

9.	Фальсифицированные препараты (недоброкачественные препараты, контрафактные препараты) (наличие процедуры 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>
10	Уничтожение (наличие процедуры 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>

ОБРАЗЕЦ. НЕ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ