

MODELO DE CONSENTIMIENTO PREVIO, INFORMADO Y EXPRESO, PARA EL REGISTRO DE TRANSFERENCIAS DE VALOR DEL SECTOR SALUD DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN 2881 DEL 05 DE JULIO DE 2018 - TERUMO COLOMBIA ANDINA, S.A.S.

Fecha _____/_____/_____ (Año / Mes / Día)

Ciudad _____

Yo, _____ (nombres y apellidos completos), identificado con C.C. / C.E. No. _____, en nombre propio, o alternativamente en mi calidad de representante legal de _____ (nombre o razón social de la institución receptora de la transferencia de valor, de ser el caso), identificada con NIT No. _____; en virtud de lo previsto en los artículos 9° y 12° de la Ley 1581 de 2012, autorizo de forma permanente al Ministerio de Salud y Protección Social, para que recopile, guarde, analice y publique la información que sea reportada a mi nombre por parte de TERUMO COLOMBIA ANDINA, S.A.S, identificada con NIT No. 900.361.174-6, al Registro de Transferencias de Valor del Sector Salud establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Por medio del presente documento confirmo expresamente que soy consciente de que la mencionada publicación de información se realiza en aras de garantizar la transparencia en las relaciones entre actores del sector salud y las industrias farmacéutica y de tecnologías en salud. Además, declaro expresamente que tengo conocimiento de los derechos que me asisten en mi calidad de titular de datos personales, consagrados en el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012.

Firma y sello del receptor de la transferencia
(o del representante legal del receptor)

[En caso de Profesionales Médicos incluir No. de Registro Médico / Tarjeta Profesional]