

## FORMULARIO DE DATOS PERSONALES PARA LA PUBLICACIÓN DE TRANSFERENCIAS DE VALOR A PROFESIONALES SANITARIOS

GlaxoSmithKline, S.A. (GSK) tiene un compromiso constante con la transparencia en sus relaciones con los profesionales sanitarios de todo el mundo y está obligada a publicar las transferencias de valor realizadas de forma directa o a través de terceros a los profesionales sanitarios según el Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica de Farmaindustria.

Se le pide que firme este formulario porque usted se ha beneficiado, o se va a beneficiar, de una beca convocada por FIU para la asistencia a un evento. El importe de esa beca ha sido financiado GSK y abonado por FIU. El citado Código de Farmaindustria obliga a GSK a publicar como transferencias de valor a usted el importe de la beca abonada por FIU ya que, como se ha indicado, GSK ha financiado la misma y, a efectos de las obligaciones de transparencia de Farmaindustria, este tipo de aportaciones se consideran como transferencias de valor indirectas de GSK, sin perjuicio de que GSK no haya intervenido ni influido en la selección del beneficiario de la beca otorgada.

Para permitir a GSK hacer un seguimiento preciso e informar de las transferencias de valor, GSK recopila y mantendrá la siguiente información de usted, además de la información de todas las transferencias de valor que se le realicen a usted, o en su beneficio, por parte de GSK o en su nombre. Esta información (excepto su dirección de correo electrónico y su N.I.F que se publicará enmascarado) se incluirá en un informe que se publicará en un sitio web de acceso público, a efectos de las obligaciones de emisión de informes de transparencia de GSK, sin que sea preciso su consentimiento, en consideración al interés legítimo que, conforme al criterio de la Agencia Española de Protección de Datos, tienen las empresas sujetas al citado Código de Farmaindustria para la publicación de forma individual de las transferencias de valor. Las publicaciones se llevarán a cabo en base a la información más reciente que GSK haya recibido de usted.

|                              |         |                           |                            |  |
|------------------------------|---------|---------------------------|----------------------------|--|
| <b>Nombre completo</b>       | Nombre: | Apellidos:                |                            |  |
| <b>Centro de trabajo</b>     |         |                           |                            |  |
| <b>Dirección profesional</b> | Calle:  |                           |                            |  |
|                              | País:   | Ciudad:                   | Código postal:             |  |
| <b>N.I.F.</b>                |         | <b>Correo electrónico</b> | <b>Especialidad Médica</b> |  |

Cumplimente esta información en letra MAYÚSCULA

Su información personal a que se refiere el presente documento será incluida en un fichero responsabilidad de GlaxoSmithKline, S.A. con domicilio en C/. Severo Ochoa, 2, 28760 Tres Cantos (Madrid) con la finalidad arriba mencionada. Usted tiene derecho al acceso, rectificación y cancelación de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en los términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede ejercitarlos dirigiéndose por escrito a la dirección del responsable o a través del correo electrónico [ARCO-general@gsk.com](mailto:ARCO-general@gsk.com)

Su información personal podrá comunicarse, con idéntica finalidad y para su mantenimiento o procesamiento, a otras compañías del grupo GSK y/o terceras partes que GSK seleccione en cualquier parte del mundo, incluyendo países cuyas leyes de privacidad y protección de datos puedan no ser equivalentes, ni tan protectoras, como las existentes en España. Sin embargo, de acuerdo con la ley aplicable, GSK implementará medidas para garantizar que cualquier información personal transferida permanezca protegida y segura.

Mediante la firma del presente documento:

- 1) acepto el tratamiento de mi información personal en los términos arriba indicados y
- 2) declaro que, a los efectos de lo previsto en el art. 44 del Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas tras su modificación por el RD 1074/2017, cuento con la autorización de mi empleador para participar en esta actividad formativa, por considerarla necesaria para la actualización, capacitación y reciclaje exigidas para el desarrollo de mis actividades y las características del puesto de trabajo que desempeño.

**Firma:**

**Fecha:**