 <p>PROCEFAR PRODUCENCKA CENTRALA FARMACEUTYCZNA</p>	<p>PCF Procefar Sp. z o.o. 51-131 WROCLAW; ul. Żmigrodzka 242 F BDO 000117917 e-mail: procefar@procefar.pl; phone: +48 71 324-00-00; fax +48 71 324 00 40</p>	SOP/HF/017/Z/2ed6
		Formularz
		Nr edycji 6
		Nr strony 1/3
Tytuł: Kwestionariusz odbiorcy hurtowego		
Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.		

Zgodnie z art. 14 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (dalej zwane RODO) informuję, iż:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest PCF Procefar sp. z o.o. (zwana dalej spółka PCF) z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Żmigrodzkiej 242F. Dane kontaktowe Administratora: iod@hasco-lek.pl.
- 2) Administrator przetwarza następujące kategorie danych osobowych: imię, nazwisko, adres korespondencyjny, adres email, nr telefonu; w przypadku realizacji współpracy: NIP, REGON, nr rachunku bankowego, informacje o płatnościach i zadłużeniu.
- 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu i na podstawie przepisów prawa:
 - a. Realizacji współpracy handlowej między Stronami na podstawie art. 6 ust. 1 lit. B) RODO – wykonanie umowy lub realizacji zamówienia, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub podjęcie działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy lub zamówienia,
 - b. Marketingu bezpośredniego, szkoleń na podstawie art. 6 ust 1 lit. F) RODO – prawnie uzasadniony interes realizowany przez spółkę PCF, polegający na prowadzeniu działalności gospodarczej i rozszerzeniu rynku zbytu oferowanych produktów,
 - c. Wykonania ciężących na spółce PCF obowiązków prawnych (w szczególności: wystawianie, i przechowywanie faktur/dokumentów sprzedaży i innych dokumentów księgowych, rozpatrywanie reklamacji) – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na spółce PCF – art. 6 ust. 1 lit. C) RODO,
 - d. Realizacji wstrzymania / wycofania produktów z obrotu zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych zasad i trybu wstrzymywania i wycofywania z obrotu produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz.U. 2008 nr 57 poz. 347 z późn zm.),
 - e. Zapewnienia właściwej realizacji Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej przez spółkę PCF Procefar zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej (Dz. U z 2015r., poz. 381 z późn. zm.) i Ustawy Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 Nr 126 poz. 1381 z późn. zm.).
- 4) Odbiorcami danych osobowych mogą być: przedsiębiorstwa pocztowe, firmy kurierskie/transportowe, firmy zapewniające wsparcie IT dla Administratora, lub jego podwykonawcy oraz odbiorcy uprawnieni na podstawie przepisów prawa,
- 5) Dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania współpracy i 10 lat po jej zakończeniu.
- 6) Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo do: żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, prawo do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
- 7) W celu skorzystania z ww. uprawnień należy przelać wniosek na adres Administratora, który zrealizuje wskazane prawa, jeżeli nie będą istniały okoliczności uprawniające Administratora do ich przetwarzania o czym zostanie poinformowana osoba, której dane dotyczą.
- 8) Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu i nie będą przekazywane do państw trzecich.
- 9) Źródłem pochodzenia danych osobowych mogą być: a) Sagra Technology sp. z o.o., b) strony internetowe: www.gif.gov.pl; www.ceidg.gov.pl; www.stat.gov.pl

Powyższy zapis dotyczy osób fizycznych w tym prowadzących działalność gospodarczą.

DANE NABYWCY (PŁATNIKA)

NAZWA FIRMY, ADRES FIRMY:


REGON:	NIP:	NR KARTOTEKI PCF PROCEFAR**
--------	------	-----------------------------

DANE ODBIORCY PRODUKTÓW (MIEJSCA DOSTAWY)

Rodzaj prowadzonej działalności i nr zezwolenia *	Nazwa Odbiorcy produktów leczniczych	Adres Odbiorcy produktów leczniczych	Tel. i email do wycofania / wstrzymania produktów	Dane Osoby Odpowiedzialnej (tel., email)	Uwagi	Nr Kartoteki PCF Procefar**


Ocena jakości odbiorcy - system zapewnienia jakości

UWAGA: Dokument nadzorowany w formie elektronicznej pod adresem: \\DC.PROCEFAR.LOCAL – DOKUMENTACJA NADZOROWANA SJ. Dokument wydrukowany przestaje być nadzorowany i należy jego aktualność przed każdym użyciem zweryfikować z aktualną wersją.

 <p>PROCEFAR PRODUCENCKA CENTRALA FARMACEUTYCZNA</p>	<p>PCF Procefar Sp. z o.o. 51-131 WROCLAW; ul. Żmigrodzka 242 F BDO 000117917 e-mail: procefar@procefar.pl; phone: +48 71 324-00-00; fax +48 71 324 00 40</p>	SOP/HF/017/Z/2ed6
		Formularz
		Nr edycji 6
		Nr strony 2/3
Tytuł: Kwestionariusz odbiorcy hurtowego		
Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.		

1. Czy posiadają Państwo wdrożony system zapewnienia jakości?	TAK / NIE***	1a. Rodzaj /ISO 9001/ 2200 / GDP Inne – jakie?	
2. Czy posiadają Państwo certyfikat wdrożonego systemu jakości?	TAK / NIE***	2a. Jeśli tak – jaki? Proszę dołączyć kopię certyfikatu do kwestionariusza.	
3. Czy posiadają Państwo zwalidowany system skomputeryzowany do zarządzania gospodarką magazynową?	TAK / NIE***	3a. Z jakich systemów krytycznych dla produktów leczniczych Państwo korzystają?	
4. Czy prowadzą Państwo rejestrację warunków przechowywania produktów?	TAK / NIE***	4a. Czy stosowane systemy do monitoringu warunków przechowywania produktów są zwalidowane?	TAK / NIE***
5. Czy prowadzą Państwo symulację procesu wstrzymania/wycofania produktów z obrotu?	TAK / NIE***	5a. Proszę podać datę ostatniej symulacji	
6. Czy są Państwo audytowani przez zewnętrzne podmioty?	TAK / NIE***	6a. Czy byli Państwo audytowani w ciągu ostatniego pół roku?	TAK / NIE***
7. Czy posiadają Państwo wdrożoną procedurę działań korygujących i zapobiegawczych?	TAK / NIE***	7a. Czy działania korygujące i zapobiegawcze są wdrażane terminowo?	TAK / NIE***
8. Czy wszyscy pracownicy mają jasno określone uprawnienia i obowiązki?	TAK / NIE***	8a. Czy wszyscy pracownicy są objęci programem szkoleń?	TAK / NIE***
9. Czy prowadzą Państwo kontrolę zmian?	TAK / NIE***	10. Czy prowadzą Państwo samoinspekcje, audyty wewnętrzne?	TAK / NIE***
11. Czy wyrażają Państwo zgodę na przeprowadzenie u Państwa audytu zewnętrznego przez PCF Procefar?	TAK / NIE***	12. Czy prowadzą Państwo kwalifikację odbiorców?	TAK / NIE***
13. Czy posiadają Państwo wdrożoną procedurę dotyczącą sfałszowanych produktów?	TAK / NIE***	14. Czy przestrzegają Państwo zasady FEFO?	TAK / NIE***
15. Czy przyjmują Państwo zwroty od swoich klientów?	TAK / NIE***	15a. Jeśli tak, jakie są wymagania / ograniczenia?	
16. Czy monitorują Państwo warunki transportu produktów?	TAK / NIE***	16a. Czy środki transportu i kierowcy są objęci programem kwalifikacji / szkoleń?	TAK / NIE***
Inne dodatkowe informacje, uwagi:			

UWAGA: Dokument nadzorowany w formie elektronicznej pod adresem: \\DC.PROCEFAR.LOCAL – DOKUMENTACJA NADZOROWANA SJ. Dokument wydrukowany przestaje być nadzorowany i należy jego aktualność przed każdym użyciem zweryfikować z aktualną wersją.

 <p>PROCEFAR <small>PRODUCENCKA CENTRALA FARMACEUTYCZNA</small></p>	<p>PCF Procefar Sp. z o.o. 51-131 WROCLAW; ul. Żmigrodzka 242 F BDO 000117917 e-mail: procefar@procefar.pl; phone: +48 71 324-00-00; fax +48 71 324 00 40</p>	SOP/HF/017/Z/2ed6
		Formularz
		Nr edycji 6
		Nr strony 3/3
Tytuł: Kwestionariusz odbiorcy hurtowego		
Dokument związany z procesem: Kwalifikacja odbiorców.		

.....
data, pieczętka i czytelny podpis przedstawiciela Klienta

<i>Dziękujemy za poświęcony czas na wypełnienie niniejszego dokumentu. Wszelkie informacje zawarte przez Państwa w niniejszym formularzu będą traktowane jako poufne pomiędzy PCF Procefar a Państwa Firmą.</i>	<i>Prosimy o odesłanie wypełnionego arkusza na adres farmacja@procefar.pl W razie zmian danych, prosimy o aktualizację danych.</i>	<i>* proszę dołączyć zezwolenie / ostatnią decyzję zmieniającą odbiorcy ** wypełnia PCF Procefar *** zaznaczyć właściwe</i>
---	--	---

PCF Procefar / UWAGI**

.....