

# Medikal Gizlilik ve NDA Talep Formu

Gizli ürün, düzenleyici, kalite ve ticari görüşmelerin güvenli kapsamlandırılması

|               |                         |                         |                                    |
|---------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Belge kodu    | OLYM-FRM-NDA-001        | Sürüm / yürürlük tarihi | 3.0 / 1 Ağustos 2026               |
| Sınıflandırma | Kontrollü kurumsal form | Belge sahibi            | OLYMEDICA — OLYVENRA LTD           |
| Dil           | Türkçe                  | Durum                   | Yayına hazır / kontrollü ana nüsha |

## Amaç

Bu talebi, korunan bilgi paylaşılmadan önce OLYMEDICA ile önerilen gizli görüşmenin kapsamını belirlemek için kullanın. Bu form imzalanmış bir gizlilik sözleşmesi değildir ve tek başına gizlilik yükümlülüğü oluşturmaz. Yetkili bir sözleşme ve güvenli aktarım yolu teyit edilmeden gizli, hasta, kişisel, ihracat kontrollü veya güvenlik hassasiyetli bilgi paylaşmayın.

## Doldurma talimatı

Seçilen dilde uygulanabilir her alanı doldurun. Uygulanamaz ifadesini yalnızca kısa bir gerekçeyle kullanın. Hassas içeriği forma gömmek yerine güncel belge adlarını, numaralarını, düzenleyenleri, bitiş tarihlerini ve güvenli dosya referanslarını belirtin. OLYMEDICA bilgileri doğrulayabilir; kaynak kanıt, onaylı çeviri veya güncel belge isteyebilir.

## Gizlilik ve güvenli belge yönetimi

Bu forma veya normal e-postaya kimliği belirlenebilir hasta bilgisi, parola, ödeme kartı verisi, banka erişim bilgisi, özel nitelikli kişisel veri veya kontrollü teknik bilgi girmeyin. Kanıt göndermeden önce OLYMEDICA onaylı güvenli kanal isteyin. Yalnızca açıklamaya yetkili ve hukuken izinli olduğunuz bilgileri sunun. Gizlilik bilgisine aşağıdaki bağlantıdan ulaşabilirsiniz.

[OLYVENRA Gizlilik Bildirimi'ni okuyun](#)

## Medikal ürün güvenliği sınırı

Bu ticari form; tıbbi tavsiye, ürün onayı, acil durum yolu veya advers olay bildirim kanalı değildir. Yasal üreticinin talimatlarına ve geçerli yerel gerekliliklere uyun. Acil güvenlik riskini veya ciddi olayı gerekli kanallardan derhal üreticiye ve ilgili yetkili makama bildirin; OLYMEDICA'ya yalnızca onaylı bir yoldan vaka referansını iletin ve bu forma kimliği belirlenebilir hasta verisi girmeyin.

## Kuruluş, iletişim ve yetki

| Talep edilen bilgi                      | Yanıt / kanıt referansı |
|-----------------------------------------|-------------------------|
| Tam yasal unvan                         |                         |
| Şirket veya tescil numarası             |                         |
| Kuruluş veya tescil ülkesi              |                         |
| Tescilli merkez adresi                  |                         |
| Birincil irtibat: ad soyad              |                         |
| Görev unvanı ve bölüm                   |                         |
| Kurumsal e-posta ve telefon             |                         |
| Bilgi sunma ve kuruluşu bağlama yetkisi |                         |

## Gizli görüşme talebi

| Talep edilen bilgi                              | Yanıt / kanıt referansı |
|-------------------------------------------------|-------------------------|
| Gizlilik sözleşmesinin önerilen yasal tarafları |                         |
| Gizli görüşmenin amacı                          |                         |
| Gizli bilginin özel izin verilen kullanımı      |                         |
| Hedef ülke veya pazar                           |                         |
| Proje, ihale veya fırsat referansı              |                         |
| Beklenen görüşme ve karar takvimi               |                         |

| Talep edilen bilgi                                   | Yanıt / kanıt referansı |
|------------------------------------------------------|-------------------------|
| Mevcut NDA, gizlilik hükmü veya veri odası koşulları |                         |

## Kapsama girecek gizli bilgiler

| Talep edilen bilgi                                                  | Yanıt / kanıt referansı |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Paylaşılacak bilginin özeti ve hassasiyeti                          |                         |
| Ürün tasarımları, özellikleri, numuneleri ve teknik dosyaları       |                         |
| Düzenleyici, kalite, klinik, vijilans veya denetim bilgileri        |                         |
| Fiyat, tahmin, marj, strateji veya finansal bilgiler                |                         |
| İlgili kişisel, hasta, sağlık veya klinik araştırma verileri        |                         |
| İhracat kontrollü, çift kullanımlı veya güvenlik hassasiyetli bilgi |                         |
| Üçüncü taraf gizli bilgisi ve açıklama yetkisi                      |                         |

## Talep edilen kontroller ve koşullar

| Talep edilen bilgi                                                 | Yanıt / kanıt referansı |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Tek taraflı veya karşılıklı NDA talebi ve şablon sahibi            |                         |
| Talep edilen gizlilik ve devam süreleri                            |                         |
| Talep edilen uygulanacak hukuk, yargı yeri ve uyuşmazlık mercii    |                         |
| Yetkili alıcı personel ve bilmesi gereken grup                     |                         |
| Bağlı kuruluş, danışman, laboratuvar veya alt yüklenici erişimi    |                         |
| İade, silme ve belgeli imha gereksinimleri                         |                         |
| Sistemler, veri odası sağlayıcısı ve aktarım veya saklama ülkeleri |                         |
| Temiz ekip, kopyalama veya indirme yasağı ve diğer özel kısıtlar   |                         |

## Beyan ve yetki

## Beyan ve yetki

Sunulan bilgilerin bilgim dahilinde eksiksiz ve doğru olduğunu, bunları sunmaya yetkili olduğumu ve kuruluşun önemli değişiklikleri OLYMEDICA'ya derhal bildireceğini teyit ederim. Formun sunulmasının onay, atama, gizlilik, münhasırlık veya işlem yapma yükümlülüğü oluşturmadığını anlıyorum.

| Talep edilen bilgi                 | Yanıt / kanıt referansı |
|------------------------------------|-------------------------|
| Yetkili beyan sahibi: ad soyad     |                         |
| Görev ve kuruluş                   |                         |
| Bu formu sunma yetkisinin dayanağı |                         |
| İmza                               |                         |
| Tarih                              |                         |