# QUESTIONNAIRE DUE DILIGENCE

## INSTRUCTIONS :

- Remplissez tous les champs avec les informations demandées. Si le champ n'est pas lié à votre activité commerciale, veuillez écrire Non applicable (N/A).
- Joignez tous les documents requis comme votre code de conduite d'entreprise (si disponible), l'enregistrement de votre entreprise (Par exemple KBIS), les politiques et procédures de votre entreprise liées à la conformité et à la lutte contre la corruption, ainsi que tout autre document que vous jugeriez utile.
- Signez le formulaire électroniquement et renvoyez-le à votre contact Exactech.
- Tout retour rapide est apprécié.
- **VEUILLEZ NOTER QU'AUCUN ACCORD NE PEUT ÊTRE CONCLU AVANT QUE NOUS N'AYONS REÇU CE QUESTIONNAIRE REMPLI AINSI QUE LES JUSTIFICATIFS NÉCESSAIRES ET QUE NOUS AYONS EU SUFFISAMMENT DE TEMPS POUR EXAMINER ET VÉRIFIER LES DÉCLARATIONS FIGURANT DANS VOS RÉPONSES.**

## DÉFINITIONS CLÉS :

**PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ (HCP ou PDS):** toute personne ou organisme public ou privé qui dans le cadre de son activité professionnelle peut directement ou indirectement prescrire, recommander, administrer, acheter, délivrer ou favoriser l'utilisation, l'achat ou la location de technologies médicales ou de services connexes, y compris mais sans s'y limiter, les médecins, les infirmières, les techniciens, les scientifiques de laboratoire, les chercheurs, les coordonnateurs de recherche ou professionnels de l'approvisionnement.

**ORGANISATION DE SANTÉ (HCO)**: désigne toute entité ou organisme juridique (quelle que soit sa forme juridique ou organisationnelle) qui est une association ou une organisation de santé, médicale ou scientifique et qui peut avoir une influence directe ou indirecte sur la prescription, la recommandation, l'achat, la commande, la fourniture, l'utilisation, la vente ou la location de technologies médicales ou de services connexes tels qu'un hôpital ou une organisation d'achat groupée, une clinique, un laboratoire, une pharmacie, un institut de recherche, une fondation, une université ou un autre établissement d'enseignement, ou une société savante ou professionnelle (à l'exception des organisations de patients) ou par l'intermédiaire duquel un ou plusieurs professionnels de la santé fournissent des services.

**FONCTIONNAIRE ou AGENT PUBLIC** : tout fonctionnaire ou employé de tout gouvernement ou entité contrôlée par le gouvernement partout dans le monde. Les représentant publics comprennent également les parties politiques et les responsables des parties, les candidats à des fonctions politiques et les employés d'organisations internationales publiques telles que les Nations Unies. Les représentant publics comprennent également tous les niveaux d'employés et de fonctionnaires de toute entreprise commerciale détenue, partiellement détenue, contrôlée ou exploitée par un gouvernement. De plus, les représentant publics comprennent toute personne agissant à titre officiel pour ou au nom de tout gouvernement ou département, ou à tout niveau de gouvernement fédéral, étatique, provincial, de comté ou municipal et des fonctionnaires similaires de tout gouvernement dans le monde. Les professionnels de la santé, y compris les médecins, sont des représentant publics aux fins de ce formulaire. En outre, tout proche parent d'un représentant public est également un agent public aux fins de ce questionnaire.

**PROCHE PARENT :** les parents proches comprennent le conjoint, les grands-parents ou les grands-parents, parents, frères et sœurs, enfants, nièces, neveux, tantes, oncles et cousins germains du conjoint, les conjoints de l'une de ces personnes, et toute autre personne qui partage le même ménage avec le HCP ou l'agent public.

**FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DE LA SOCIÉTÉ :** il s'agit du formulaire qui fournit l'enregistrement de la Société dans votre pays spécifique (copie de l'enregistrement commercial de la société, statuts ou charte d'entreprise ou licence commerciale (K-bis).

## 1. RENSEIGNEMENTS DE BASE

| | |
|---|---|
| **1.1. Dénomination légale :** | |
| **1.2. Adresse :** | |
| **1.3. Numéro de telephone :** | |
| **1.4. Adresse du site Internet de l'entreprise :** | **1.5. Pays ou pays où l'entreprise exerce ses activités** |

## 2. COORDONNÉES DE LA PERSONNE REMPLISSANT CE FORMULAIRE

| | |
|---|---|
| **2.1. Nom, Prénom et Titre :** | |
| **2.2.**<br><br>**Numéro de téléphone :**<br><br>**Numéro de téléphone portable :** | **2.3. Adresse e-mail :** |

## 3. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ET PROPRIÉTÉ DE L'ENTREPRISE

| | |
|---|---|
| **3.1. Forme d'organisation de l'entreprise ou agissant en tant qu'individu** (*Exemples : Sas, Spa, Sarl, Snc, partenariat, joint-venture, etc.)* | |
| **3.2. Entités liées**. Veuillez indiquer les noms, adresses et coordonnées des entités liées ou affiliées à la société (le cas échéant) : | |
| a. Société mère de la société : | |
| b. Filiales ou sociétés affiliées qui peuvent ou non travailler pour le compte d'Exactech : | |
| c. Toute autre société ou entité pour laquelle la Société détient une participation majoritaire : | |
| d. La société représente-t-elle ou propose-t-elle des produits pour une autre société du secteur des dispositifs médicaux, du diagnostic in vitro, de la pharmacie ou de la biotechnologie ? Si oui, veuillez les énumérer. | |

**3.3. Veuillez énumérer tous les propriétaires, y compris les particuliers et les entreprises, et indiquer le pourcentage de propriété de chaque propriétaire. Veuillez joindre une feuille supplémentaire si nécessaire.**

| Nom légal complet du propriétaire | % de la participation propriétaire |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| |
|---|
| **3.4. Dans quel pays la société a-t-elle son compte bancaire** |
| **3.5. Veuillez fournir une copie de vos documents d'enregistrement et de constitution de votre société si vous ne l'avez pas déjà fait (k-bis)** |
| **3.6. Si une autre société détient votre entreprise en tout ou en partie, veuillez également soumettre les documents d'enregistrement et de constitution de cette société.** |

## 4. PERSONNEL DE L´ENTERPRISE

| |
|---|
| **4.1. Énumérez les noms et titres de tous les dirigeants, administrateurs ou dirigeants de la société :** |
| **4.2. Énumérez les noms et titres des employés directement ou indirectement impliqués dans le marketing, la distribution ou la vente des produits Exactech :** |

## 5. TIERS

| | | |
|---|---|---|
| **5.1. Filiales, distributeurs, affiliés et partenaires commerciaux (tiers)** Veuillez indiquer les noms des personnes ou sociétés liées qui agiront en tant que filiales, distributeurs, sociétés affiliées ou partenaires commerciaux au profit d'Exactech dans les domaines suivants : | | |
| a. Promotion des produits Exactech : | | |
| b. Vente ou distribution de produits Exactech : | | |
| c. Obtention ou maintien de l'approbation réglementaire : | | |
| d. Titulaire d'enregistrement pour les produits Exactech : | | |
| **5.2. Veuillez détailler les services et les obligations de toute autre entité ou personne qui serait concernée par nos produits** | | |
| **5.3. Votre entreprise exige-t-elle des conditions liées à la lutte contre la corruption (par exemple, promesses de ne pas s'engager dans la corruption, droits de résiliation en cas de non-conformité, droits d'audit) ?** | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |

## 6. ÉTHIQUE ET PROGRAMME DE CONFORMITÉ

| | | |
|---|---|---|
| **6.1. Connaissez-vous les lois et réglementations en fonction du pays, du FCPA, du UK Bribery Act, des codes nationaux, etc.** | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| **6.2. L'entreprise est-elle membre (ou adhère-t-elle) à un code sectoriel (par exemple Medtech Europe ou SNITEM) ? Si oui, lequel ?** | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| **6.3. Votre entreprise a-t-elle un code de conduite ou des politiques anti-corruption ?** | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| **6.4. Votre entreprise forme-t-elle ses employés à son code d'éthique et à ses** | | |

| | | |
|---|---|---|
| **politiques anti-corruption ?** | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| **6.5. Avez-vous fourni à Exactech votre code d'éthique ou la politique et les procédures de votre entreprise décrivant les pratiques commerciales éthiques attendues de ses employés ?** | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| **6.6. Vous avez reçu le code de conduite tiers d'Exactech. Acceptez-vous d'être conforme à son contenu et de le fournir à tous les employés, filiales, distributeurs et agents qui travaillent au nom de Exactech ?** | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| **6.7. Combien de fois une formation à l'éthique ou à la conformité est-elle dispensée dans votre entreprise ?** | **ANNUELLEMENT** ☐<br>**TRIMESTRIEL** ☐<br>**AU BESOIN** ☐<br>**JAMAIS** ☐<br>**J'AI BESOIN D'UNE FORMATION EXACTECH** ☐ | |
| **6.8. Parmi les interactions suivantes, veuillez sélectionner celles qui pourraient avoir lieu entre votre entreprise et des HCPs. Veuillez également fournir leurs montants indicatifs :** | | |
| a. Cadeaux ou autre matériel promotionnel et éducatif | **OUI** ☐ € | **NON** ☐ |
| b. Soutien via des bourses d'études ou de recherche | **OUI** ☐ € | **NON** ☐ |
| c. Dons de bienfaisance | **OUI** ☐ € | **NON** ☐ |
| d. Repas | **OUI** ☐ € | **NON** ☐ |
| e. Voyage | **OUI** ☐ € | **NON** ☐ |
| f. Hôtel | **OUI** ☐ € | **NON** ☐ |
| g. Autre (veuillez décrire) | **OUI** ☐ € | **NON** ☐ |

**6.9. Commentaire de conformité et autre document requis :**

## 7. RELATIONS AVEC LES HCPS ET LES FONCTIONNAIRES PUBLICS

| | | |
|---|---|---|
| **7.1 Un membre du personnel indiqué à la section 3 et 4 de la société, ou des membres de la famille du personnel (indiqués section 3 et 4), utilise-t-il les services d'un ancien ou actuel :** | | |
| a. Fonctionnaire Public ou PDS | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| b. Proche parent d'un représentant public ou d'un professionnel de la santé | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| c. Candidate politique | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| d. Une personne ayant de l'autorité au sein d'une entité gouvernementale et pouvant prendre ou influencer les décisions/recommandations concernant : | | |
| - Remboursement des produits Exactech | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| - Achat en gros des produits Exactech pour le compte de sociétés, d'institutions, d'organisations, etc | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| - Prescription ou administration de produits Exactech | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| - Approbation des enregistrements, permis ou autres autorisations liés aux produits Exactech | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| **7.2. Si la réponse est Oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir les noms complets de cette ou de ces personnes :** | | |
| **7.3. Votre entreprise fait-elle affaire avec :** | | |
| a. Des représentants du gouvernement ? | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| b. Ministères ou agences gouvernementales ? | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| c. Organisation de santé publique ou du gouvernement ? | **OUI** ☐ Si OUI, veuillez indiquer le pourcentage (%) des ventes qui découlent de contrats gouvernementaux. | **NON** ☐ |

## 8. PÉNALITÉS ET SANCTIONS

| **8.1. Votre entreprise, ses filiales ou un de ses employés (indiqué dans la section 3 et 4) ont-ils :** | | |
|---|---|---|
| a. été accusés d'une infraction pénale ? | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| b. été déclarés en faillite ou en insolvabilité ? | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| c. été exclus ou radiés d'une ou de plusieurs associations (par exemple, des avocats, des professionnels de la santé, etc.) ? | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| d. été poursuivis pour fraude ? | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| e. été accusés ou reconnus coupable de blanchiment d'argent ? | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| f. fait l'objet d'une pénalité ou d'une sanction administrative ? | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| g. été accusés ou reconnus coupable de pots-de-vin ou de corruption ? | **OUI** ☐ | **NON** ☐ |
| **8.2. Si la réponse à une question est Oui, veuillez fournir une brève explication écrite, y compris les noms de toutes les parties concernées, les dates et la description du délit.** | | |
| **8.3. Votre entreprise ou l'un de ses livres et registres affiliés a-t-il déjà été examiné dans le cadre d'un audit ou d'une enquête gouvernementale pour vérifier leur conformité aux lois anti-corruption ?** | **OUI** ☐ Si OUI, veuillez fournir des documents et des informations sur l'examen | **NON** ☐ |
| **8.4. Votre entreprise ou ses sociétés affiliées ont-elles des réclamations, des litiges ou des enquêtes en cours ou menacés qui n'ont pas encore été résolus ou clos ?** | **OUI** ☐ Si OUI, veuillez fournir des documents et des informations sur la situation | **NON** ☐ |

## 9. CERTIFICATION

| REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE LA SOCIÉTÉ | |
|---|---|
| Nom Complet | |
| Nom de l'entreprise | |
| Position | |
| Courrier électronique | |

| | | |
|---|---|---|
| Les informations que j'ai fournies sont vraies et ont été complétées en toute sincérité | OUI ☐ NON ☐ | INITIALES |
| Je comprends qu'Exactech peut chercher à approfondir les déclarations faites dans ce document | OUI ☐ NON ☐ | INITIALES |
| Je comprends qu'Exactech s'appuiera sur ces informations pour décider de conclure ou non un accord commercial formel avec la société | OUI ☐ NON ☐ | INITIALES |
| Je n'ai connaissance d'aucune information supplémentaire ou de risques liés à la corruption à prendre en compte dans l'évaluation de cet accord commercial formel avec Exactech | OUI ☐ NON ☐ | INITIALES |
| Je consens à ce qu'Exactech utilise et transfère ces informations conformément à la loi applicable | OUI ☐ NON ☐ | INITIALES |

**Plus**

| | |
|---|---|
| Je consens à transférer les informations fournies dans ce formulaire à Exactech, Inc., («Exactech») société basée aux États-Unis, uniquement dans le but de permettre à Exactech de mener des recherches sur le contexte juridique et commercial des entreprises et les personnes identifiées dans le formulaire. J'accepte qu'Exactech transfère les informations fournies dans ce formulaire à un tiers situé en dehors de l'Espace économique européen dans le seul but de mener une telle recherche pour le compte d'Exactech. | INITIALES |

| DATE | CACHET ET SIGNATURE |
|---|---|