Habilitetserklæring for fagudvalgsformand

Fagudvalget vedrørende kræft i æggestokkene

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: |  |
| Titel/stilling: |  |
| Arbejdssted: |  |
| Organisation du repræsenterer: |  |

**Personlige eller økonomiske interesser i lægemiddel- og medicovirksomheder**

**samt interesseorganisationer inden for lægemiddel- og medicobranchen**

|  |  |
| --- | --- |
| Har du inden for de sidste 5 år været ansat i en lægemiddel- eller medicovirksomhed eller en interesseorganisation inden for lægemiddel- og medicobranchen?  Hvis ja, hvor, i hvilke(n) stilling(er) og i hvilke(n) periode(r)? |  |
| Har du direkte eller indirekte økonomiske interesser i en lægemiddel- eller medicovirksomhed eller en interesse­organisation inden for lægemiddel- og medicobranchen?  Hvis ja, hvilke(n)? |  |
| Sidder du i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en lægemiddel- eller medicovirksomhed eller i en interesseorganisation inden for lægemiddel- og medicobranchen?  Hvis ja, hvilke(n)? |  |
| Har du patent på et eller flere produkter, som markedsføres af en lægemiddel- eller medicovirksomhed?  Hvis ja, hvilke(t)? |  |
| Har du inden for de sidste 5 år udført opgaver for en lægemiddel- eller medicovirksomhed eller en interesseorganisation inden for lægemiddel- og medicobranchen?  Hvis ja, hvilke(n) type aktivitet er der tale om, hvilke(n) virksomhed/organisation og hvornår? Angiv også, om du har modtaget betaling for varetagelse af opgaven(erne). |  |
| Har du inden for de sidste 5 år fået sponsoreret rejser, konferencedeltagelse mv. af en lægemiddel- eller medicovirksomhed eller en interesseorganisation inden for lægemiddel- og medicobranchen?  Hvis ja, hvilke(n) aktivitet, hvilke(n) virksomhed/organisation og hvornår? |  |
| Er en af dine nærmeste pårørende på nuværende tidspunkt ansat i lægemiddel- eller medicovirksomhed eller en interesseorga-nisation inden for lægemiddel- og medicobranchen?  Hvis ja, hvem, i hvilke(n) stilling(er) og i hvilke(n) virksomhed(er)? |  |
| Er der andre forhold, som bør indgå i vurderingen af inhabilitet, herunder også kommende aktiviteter?  Hvis ja, hvilke? |  |

Jeg erklærer ved min underskrift, at ovenstående oplysninger er korrekte.

­­­­­­­

Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_