**Formular de Declarare a Conflictelor de Interese**

**NUME:**

**AFILIERE:**

În concordanţă cu criteriile Colegiului Medicilor din România, toate declarațiile privind potențiale conflicte de interese, datorate unei relații financiare sau de altă natură, trebuie să fie disponibile la cerere, fie în format tipărit, fie în format electronic.

Scopul acestui formular este de a asigura transparenţa informaţiilor oferite în prezentarea dumneavoastră din cadrul evenimentului, oferind participanţilor detalii privind eventualele conflicte de interese ce ar putea influenţa modul în care este înţeleasă această prezentare şi informaţiile furnizate în cadrul ei.

Un potenţial conflict de interese apare atunci când obligaţiile şi angajamentele dumneavoastră ar putea fi influenţate de alte interese materiale sau relaţii (în special de natură economică), cu atât mai mult cu cât acestea nu sunt declarate.

Vă rugăm să descrieţi mai jos orice relaţii, tranzacţii, funcţii pe care le deţineţi (voluntar sau numit) sau orice circumstanţe care consideraţi că este posibil să atragă după sine un potenţial conflict de interese.

 **❑ Nu am conflicte de interese de declarat**

 **❑ Am următoarele conflicte de interese de declarat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipul de afiliere / interes financiar** | **Denumirea companiei** |
| **❑ Primire bursă/sprijin financiar pentru cercetare:** |  |
| **❑ Încasare onorariu sau taxă de consultaţie:** |  |
| **❑ Acţionar în companie:** |  |
| **❑ Grad de rudenie (vă rugăm să specificaţi):** |  |
| **❑ Alt tip de suport (vă rugăm să detaliaţi):**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Semnătura: | Data: |