

ANEXO IV
PNT 9
Modelo de declaración de intereses

DECLARACIÓN DE INTERESES

Yo, NIF:

Correo electrónico: Centro de trabajo:

Por la presente declaro que los únicos intereses directos o indirectos que tengo en la industria farmacéutica u otras entidades son los siguientes:

Actividad para una compañía en relación a un producto o grupo de productos	No	Actualmente o en el año anterior	Hace más de 1 año pero menos de 5	Hace más de 5 años
Consultor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investigador coordinador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro de comité de dirección o miembro de grupo asesor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investigador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si se marca alguna de las casillas sombreadas debe aportarse información adicional respecto a la compañía y los productos implicados:

Tengo intereses financieros (acciones, <i>stock options</i>) en una compañía farmacéutica	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Compañía farmacéutica <input type="text"/>
Tengo la patente de un producto	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Nombre del producto y compañía farmacéutica <input type="text"/>
Recibo becas u otros fondos de una compañía farmacéutica	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Compañía farmacéutica <input type="text"/>

Además manifiesto que no existe otra actividad o interés que pueda interferir en mi independencia para la toma de decisiones. En caso de que existiera, por favor especifíquelos:

Si hubiera algún cambio por nueva adquisición de intereses, lo notificaría a la mayor brevedad a este Comité de Ética e Investigación Clínica y cumplimentaría una nueva declaración de intereses detallando los cambios.

Por otra parte, si en algún momento se presentase alguna situación de conflicto derivada de la práctica profesional habitual, pública o privada, o de la pertenencia a sociedades científicas, grupos colaborativos, redes de investigación, asociaciones de pacientes, etc, o debida a relaciones de amistad, familiares o de dependencia de cualquier otra naturaleza, lo manifestaré al comité para que este tome la decisión oportuna sobre mi participación en ese caso.

FIRMA:

FECHA: