

# Habilitetserklæring

<b>Personoplysninger</b>	
Navn	
Titel/Stilling	
Arbudssted	
Organisation, som personen repræsenterer	
Fagudvalg/Rådet	

<b>Oplysninger om personlige interesser m.m.</b>	
Har du inden for de sidste 5 år været ansat i en lægemiddel- eller medicovirksomhed eller en interesseorganisation inden for lægemiddel- og medicobranschen?	
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 medicobranschen?	
Hvis ja, hvilke(n)?	
Sidder du i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en lægemiddel- eller medicovirksomhed eller i en interesseorganisation inden for lægemiddel- og medicobranschen?	
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 medicobranschen?	
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 medicobranschen?	
Hvis ja, hvilke(n) aktivitet, hvilke(n) virksomhed/organisation og hvornår?	
Er en af dine nærmeste pårørende på nuværende tidspunkt ansat i lægemiddel- eller	

# Habilitetserklæring

medicovirksomhed eller en interesseorganisation inden for lægemiddel- og medicobranschen?	
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?	

<b>Erklæring</b>	
Udfyldt den	
Underskrift	