

Habilitetserklæring for xxx

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 mod betaling udført opgaver for en lægemiddel- eller medicovirksomhed eller en interesseorganisation inden for lægemiddel- og medicobranchen? Hvis ja, hvilke(n) og hvornår?	
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) og hvornår?	
Er en af dine nærmeste pårørende på nuværende tidspunkt ansat i lægemiddel- eller medicovirksomhed eller en interesseorganisation 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? Hvis ja, hvilke?	

Jeg erklærer ved min underskrift, at ovenstående er korrekt.

Dato: _____

Underskrift: _____