

## ЗАЯВА ПРО ВІДСУТНІСТЬ КОНФЛІКТУ ІНТЕРЕСІВ

П.І.Б.	
Контактні дані (телефон, електронна пошта)	
Спеціалізація	

ТАК НІ	<p>Чи отримували Ви, Ваші близькі особи або організація, у якій Ви працюєте, протягом останніх трьох років від суб'єктів господарювання або від інших організацій, що можуть мати інтерес стосовно освітніх програм, які мають проводитися, зокрема пряму чи непряму підтримку, підтримку досліджень, у тому числі гранти, спонсорство та інше фінансування, негрошову підтримку, у тому числі у формі обладнання, приміщень, наукових асистентів, оплати поїздок тощо.</p> <p><b>Вкажіть, зазначивши ТАК чи НІ. Якщо відповідь на питання "ТАК", надайте пояснення</b></p>					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Наявність договорів (угод) з особами (юридичними чи фізичними) про призначення або рекомендації пацієнтам або лікарям лікарських препаратів і (або) медичних виробів	<table border="1"> <tr> <td>Найменування компаній, лікарських препаратів, медичних виробів</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Найменування компаній, лікарських препаратів, медичних виробів			
Найменування компаній, лікарських препаратів, медичних виробів						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Наявність договорів з особами (юридичними чи фізичними) про проведення клінічних досліджень лікарських препаратів і (або) клінічних випробувань медичних виробів	<table border="1"> <tr> <td>Найменування осіб (юридичних чи фізичних), лікарських препаратів, медичних виробів, рівень участі (головний дослідник, співдослідник)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Найменування осіб (юридичних чи фізичних), лікарських препаратів, медичних виробів, рівень участі (головний дослідник, співдослідник)			
Найменування осіб (юридичних чи фізичних), лікарських препаратів, медичних виробів, рівень участі (головний дослідник, співдослідник)						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Чи брали Ви участь раніше в проведенні клінічних досліджень лікарських препаратів і (або) клінічних випробувань медичних виробів?	<table border="1"> <tr> <td>Найменування осіб (юридичних чи фізичних), лікарських препаратів, медичних виробів, рівень участі (головний дослідник, співдослідник)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Найменування осіб (юридичних чи фізичних), лікарських препаратів, медичних виробів, рівень участі (головний дослідник, співдослідник)			
Найменування осіб (юридичних чи фізичних), лікарських препаратів, медичних виробів, рівень участі (головний дослідник, співдослідник)						

ТАК НІ	<p>Чи отримували Ви, Ваші близькі особи або організація, у якій Ви працюєте, протягом останніх трьох років від суб'єктів господарювання або від інших організацій, що можуть мати інтерес стосовно освітніх програм, які мають проводитися, зокрема пряму чи непряму підтримку, підтримку досліджень, у тому числі гранти, спонсорство та інше фінансування, негрошову підтримку, у тому числі у формі обладнання, приміщень, наукових асистентів, оплати поїздок тощо.</p> <p><b>Вкажіть, зазначивши ТАК чи НІ. Якщо відповідь на питання "ТАК", надайте пояснення</b></p>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Чи маєте Ви або Ваші близькі родичі право власності, патентні права або права за угодою про патенти, торгові марки, авторські права на лікарські засоби і (або) медичні вироби?</p>	<p>Характер прав інтелектуальної власності</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Чи мають місце інші обставини, що можуть сприйматися як вплив на Вашу об'єктивність та незалежність?</p>	<p>Поясніть обставини</p>

Підтверджую достовірність і повноту вищенаведених даних.

Погоджуюся на розкриття зазначеної у цій заяві інформації всім зацікавленим особам, в тому числі розміщення її у публічному доступі на офіційному веб-сайті МОЗ України, інших освітніх ресурсах.

Дата: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ року.

Підпис: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Прізвище та ініціали

*У цій заяві зазначаються обставини, що можуть становити реальний та/або потенційний конфлікт інтересів. До конфлікту інтересів належать фінансові, професійні чи інші інтереси, що стосуються участі в освітніх програмах, що проводяться. Реальний конфлікт інтересів - суперечність між приватним інтересом особи та її службовими чи представницькими повноваженнями, що впливає на об'єктивність або неупередженість під час представлення інформації. Потенційний конфлікт інтересів - наявність у особи приватного інтересу у сфері, в якій вона виконує свої службові чи представницькі повноваження, що може вплинути на об'єктивність чи неупередженість представлення інформації. Також зазначається про такі інтереси Ваших близьких осіб (осіб, які проживають з Вами спільно, пов'язані з Вами спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки сімейного та (у разі наявності) інших осіб, з якими Ви маєте важливі спільні інтереси та які можуть бути сприйняті як втручання у Вашу освітню діяльність (наприклад, роботодавець, співробітники тощо).*

*Відповідь "Так" на поставлені питання не має наслідком усунення чи обмеження участі в освітніх програмах автоматично, а лише враховується при розгляді Вашої кандидатури.*