**Заявление о конфликте интересов**

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Руководитель программного комитета
* Член программного комитета
* Лектор (преподаватель, докладчик, ведущий, модератор)

Образовательного мероприятия **Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики и лечения в многопрофильном медицинском стационаре»**, *посвященная 30-летию со дня образования СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»*

**ЗАЯВЛЯЮ**

***(выбрать один из вариантов)***

* Об **отсутствии** конфликта интересов
* О **наличии** следующего конфликта интересов:

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид личной заинтересованности** | **Название коммерческой компании** |
| Получение грантов/поддержка исследований: |  |
| Получение гонораров или вознаграждения за консультации (мотивирующие лекции): |  |
| Владение акциями: |  |
| Супруг (-а) … |  |
| *Другое* *(расшифровать)*: |  |

Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель программного комитета настоящего образовательного мероприятия подтверждает, что заявленный(ые) выше конфликт(ы) интересов был(и) рассмотрен(ы) на заседании программного комитета и его(их) наличие не повлияет на содержание и программу мероприятия.

Подпись Руководителя программного комитета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_