



Offenlegung von Interessenkonflikten Erklärung des Veranstalters

Firma/Institution/Praxis: _____

Ansprechpartner (Name / Vorname): _____

Straße/ PLZ / Wohnort: _____

AKTENZEICHEN: _____

Als Veranstalter beantrage ich die Anerkennung der Veranstaltung (Titel)

am _____ in Hamburg.

Die Veranstaltung wird finanziell **nicht** unterstützt.

Die Veranstaltung wird mit _____ € finanziell unterstützt.

Name des Sponsors (wenn der Veranstalter dieser Fortbildung ein Unternehmen der pharmazeutischen Industrie, der Medizinprodukteherstellung oder vergleichbares Unternehmen ist, dann ist der Veranstalter als Sponsor zu verstehen, bzw. ihm gleichgestellt) :

Welche Leistungen werden dem Sponsor gewährt?

Angaben zu den Veranstaltungskosten in Euro:

Referentenhonorare: _____

Reisekosten: _____

Übernachtung: _____

Bewirtung: _____

Raum / Technik: _____

Standmiete: _____

Anderes: _____

Ich bestätige, dass meine o.g. Angaben vollständig und richtig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Dieser Bogen ist eine Selbstauskunft und dient der Transparenz im Rahmen von Fortbildung und Sponsoring.



ÄRZTEKAMMER
HAMBURG

Körperschaft des öffentlichen Rechts

FORTBILDUNGSAKADEMIE

Offenlegung von Interessenkonflikten Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

AKTENZEICHEN: _____

Für die Veranstaltung (Titel) _____

am _____ unterstützt von _____

wurde ich als **verantwortliche Ärztin / als verantwortlicher Arzt** benannt.

Ich versichere, kein Honorar für diese Funktion zu beziehen.

Meine Interessenkonflikte bezogen auf oben genannte Firmen:

Honorar für Vortragstätigkeit / Beratertätigkeit ja nein
(innerhalb der letzten drei Jahre)

Übernachtungs- und Reisekosten ja nein
(innerhalb der letzten drei Jahre)

Aktien oder finanzielle Beteiligung an o.g. Firmen ja nein

Forschungs- und Studiengelder ja nein
(innerhalb der letzten drei Jahre)

Ich bestätige, dass meine o.g. Angaben vollständig und richtig sind.

Unterschrift

Als für die wissenschaftliche Leitung des Veranstalters verantwortliche Person versichere ich, dass von Seiten der Sponsoren / Unterstützer / Förderer kein produktbezogener Einfluss auf die Lehrinhalte genommen wird und die in dem Kapitel Neutralität und Transparenz der Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung der Bundesärztekammer hinterlegten Inhalte zur Fortbildungsgestaltung berücksichtigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Dieser Bogen ist eine Selbstauskunft und dient der Transparenz im Rahmen von Fortbildung und Sponsoring.