

Formularz prośby o udział w posiedzeniu Rady Przejrzystości

Prośba dot. udziału w posiedzeniu Rady Przejrzystości w zakresie:	
Nazwa leku/ środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywnościowego/ wyrobu medycznego:	
Wnioskowane wskazanie:	
Kategoria osoby wnioskującej:	Ekspert z dziedziny medycyny / przedstawiciel pacjentów*
Instytucja wnioskująca o udział: <i>(nazwa instytucji / osoba prywatna)</i>	
Imię i nazwisko osoby wnioskującej o udział w posiedzeniu: **	
Dane kontaktowe do osoby wnioskującej o udział w posiedzeniu:	nr tel. kontaktowego: adres e-mail:

* Wybrać właściwe.

**Formularz wypełnia każda osoba wnioskująca udział w posiedzeniu, nawet jeśli więcej osób reprezentuje tę samą instytucję.

Wypełniony formularz wraz z poniższymi deklaracjami dot. konfliktu interesów należy przesać mailem na adres sekretariat@aotm.gov.pl oraz złożyć oryginał w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ul. Przeskok 2, 00-032 Warszawa, bądź przesać go adres siedziby Agencji. Formularze można również podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym dostępnym do założenia na tej stronie <https://www.gov.pl/web/gov/zaloz-profil-zaufany>.

W przypadku wątpliwości związanych z wypełnieniem niniejszego formularza lub poniższych deklaracji prosimy o kontakt z Działem Obsługi Rad Agencji.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych w powyższych oświadczeniach, w zakresie których podstawa przetwarzania nie wynika z wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na AOTMiT w celu identyfikacji konfliktu interesów zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

Data:

Podpis osoby składającej oświadczenie:

.....

.....

1. Informacja nt. konfliktu interesów określonego w Deklaracji o Braku Konfliktu Interesów¹

Oświadczam, że ja oraz mój małżonek/moja małżonka/osoba, z którą pozostaję we wspólnym pożyciu*, a także osoby wstępne i zstępne w linii prostej:

- 1) nie jestem/śmy członkiem/ami organów spółek handlowych lub przedstawicielem/ami przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu lekiem, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym;
- 2) nie jestem/śmy członkiem/ami organów spółek handlowych lub przedstawicielem/ami przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych;
- 3) nie jestem/śmy członkami organów spółdzielni, stowarzyszeń lub fundacji prowadzących działalność o której mowa w pkt 1 i 2;
- 4) nie posiadam/y akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących działalność, o której mowa w pkt 1 i 2, oraz udziałów w spółdzielniach prowadzących działalność, o której mowa w pkt 1 i 2;
- 5) nie prowadzę/imy działalności gospodarczej w zakresie, o którym mowa w pkt 1 i 2; .

* Wybrać właściwe.

Data:

Podpis osoby składającej oświadczenie:

.....

.....

2. Inne konflikty interesów osoby wnioskującej o udział

Oświadczam, że **mam/nie*** mam konfliktu interesów, w zakresie innym niż **wymieniony powyżej**, związany/-ego z podmiotem wnioskującym o refundację technologii wskazanej w formularzu prośby o udział w posiedzeniu Rady Przejrzystości.

*niepotrzebne skreślić

Data:

Podpis osoby składającej oświadczenie:

.....

.....

3. Konflikty interesów reprezentowanej instytucji

Oświadczam, że według mojej wiedzy reprezentowana przeze mnie instytucja **ma /nie ma*** konfliktu interesów, związany/-ego z podmiotem wnioskującym o refundację technologii wskazanej w formularzu prośby o udział w posiedzeniu Rady Przejrzystości.

*niepotrzebne skreślić

Data:

Podpis osoby składającej oświadczenie:

.....

.....

¹ o której mowa art. 31s ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.)

UWAGA!

**Jeśli występuje konflikt interesów w punktach 2. lub 3.,
należy wypełnić poniższe pola**

**1. Powiązania o charakterze finansowym z podmiotem wnioskującym
o refundację danej technologii**

*(np. udział w sponsorowanych przez wnioskodawcę
konferencjach/szkoleniach/badaniach klinicznych, dotacje otrzymywane
od wnioskodawcy, inne)*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**2. Powiązania o charakterze niefinansowym z podmiotem wnioskującym
o refundację danej technologii**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....