**DECLARACIÓN FORMAL DE INTERES DE LA INICIATIVA/PROYECTO PRESENTADA: PREMIOS BUENAS PRÁCTICAS AEV**

**Nombre y apellidos:**

**Cargo**:

**Institución en la que trabaja:**

**Dirección profesional:**

**E-mail:**

**Nombre del proyecto que se presenta a los Premios:**

|  |
| --- |
| **INTERESES PERSONALES EN RELACIÓN CON LA INICIATIVA PRESENTADA** |
|  | **SI/NO** | **Descripción de la actividad** |
| He recibido financiación privada y/o de compañías farmacéuticas para idear el proyecto o iniciativa |  |  |
| He recibido financiación privada y/o de compañías farmacéuticas para desarrollar el proyecto o iniciativa |  |  |
| He recibido financiación privada y/o de compañías farmacéuticas para difundir el proyecto o iniciativa |  |  |
| Ha recibido algún tipo de financiación privada y/o de compañías farmacéuticas para otras actividades similares relacionadas con el proyecto o iniciativa |  |  |

|  |
| --- |
| **INTERESES DE LA ORGANIZACIÓN (INSTITUCIÓN O EMPRESA) A LA QUE PERTENECE EN RELACIÓN CON LA INICIATIVA PRESENTADA** |
|  | **SI/NO** | **Descripción de la actividad** |
| Mi empresa o institución ha recibido financiación privada y/o de compañías farmacéuticas para idear el proyecto o iniciativa |  |  |
| Mi empresa o institución ha recibido financiación privada y/o de compañías farmacéuticas para desarrollar el proyecto o iniciativa |  |  |
| Mi empresa o institución ha recibido financiación privada y/o de compañías farmacéuticas para difundir el proyecto o iniciativa |  |  |
| Mi empresa o institución ha recibido algún tipo de financiación privada y/o de compañías farmacéuticas para otras actividades similares relacionadas con el proyecto o iniciativa |  |  |

**Otros posibles conflictos de interés** que pudiera haber relacionados con la iniciativa o proyecto presentado:

Yo, el abajo firmante, declaro la veracidad de la información contenida en esta declaración.

FECHA:

FIRMA: