



Dnr. _____

DEKLARATION för representanter från brukarorganisationer avseende eventuella relationer med läkemedelsföretag eller andra intressenter med relevans för myndighetens verksamhetsområde

Jag har tagit del av myndigheternas information om jäv eller andra bindningar / intressekonflikter.

Namn: _____

Funktion/Titel: _____

Jag representerar följande organisation/organisationer:

Uppgifter om brukarorganisationen

1) Har den eller de organisationer du representerar ekonomiska relationer till läkemedelsföretag eller andra intressenter med relevans för myndighetens verksamhetsområde¹ alternativt har sådana relationer funnits tidigare?

Ja

Nej

2) Om svaret på föregående fråga är Ja:

a) Med vilka läkemedelsföretag eller andra intressenter med relevans för myndighetens verksamhetsområde har den eller de organisationer du representerar ett ekonomiskt samarbete?

b) Vilken typ av samarbete rör det sig om (t.ex. bidrag till aktiviteter/projekt etc.)?

c) Ungefär hur stor omfattning har det ekonomiska samarbetet i kronor?

d) Hur mycket omsätter den centrala organisationens verksamhet totalt i den eller de brukarorganisationer du representerar?

Redovisningen lämnas på bifogad blankett (Bilaga 1)

¹Avser även samarbete mellan läkemedelsföretag/intressenter och brukarorganisationens ev. läns- eller lokalföreningar

Uppgifter om representanten

3) Har du personligen några privata, professionella eller kommersiella relationer till läkemedelsföretag eller andra intressenter med relevans för myndighetens verksamhetsområde alternativt har sådana relationer funnits tidigare?

Ja, jag har sådana relationer (redovisas nedan).

Nej, jag har inga sådana relationer.

Släktskap:

Anställning/arvoderade uppdrag:

Andra personliga finansiella intressen (aktier, lån etc):

Andra personliga relationer, bindningar eller intressekonflikter med avseende på uppdraget:

Jag förbinder mig att snarast underrätta berörd myndighet om förhållanden som efterfrågas på denna blankett och dess bilaga till någon del ändras.

Jag är medveten om att den upprättade deklARATIONEN utgör allmän handling.

Datum

Namnunderskrift

DEKLARATION för representanter från brukarorganisationer, BILAGA 1 (Svar på fråga 2)

Namn: _____

Jag representerar följande organisation/organisationer:

- a) Med vilka läkemedelsföretag eller andra intressenter med relevans för myndighetens verksamhetsområde har den eller de organisationer du representerar ett ekonomiskt samarbete?
 b) Vilken typ av samarbete rör det sig om (t.ex. bidrag till aktivitet/projekt etc.)
 c) Ungefär hur stor omfattning har det ekonomiska samarbetet i kronor?

Central organisation/Länsförening/Lokalförening	Läkemedelsföretag/Annan intressent	Typ av samarbete	Ungefärlig omfattning i kr

d) Hur mycket omsätter den centrala organisationens verksamhet totalt i den eller de brukarorganisationer du representerar?

Organisation	Omsättning kr/år