

**Akademie für Fortbildung
der Ärztekammer Bremen
Schwachhauser Heerstraße 30
28209 Bremen**

Absender:

oder per Fax: 04 21/34 04 -269

Erklärung des verantwortlichen Arztes / Ärztin

Offenlegung von Interessenkonflikten

Für die Veranstaltung _____ am _____,

unterstützt von _____,

wurde ich als **verantwortlicher Arzt/als verantwortliche Ärztin** 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 (innerhalb der letzten drei Jahre) ja nein

Aktien oder Patente an o. g. Firmen ja nein

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

Ort, Datum

Unterschrift

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