

948195054

Formulario de declaración de conflictos de interés

Periodo 2013 – 2015 (ambos incluidos)

Nombre y apellidos:

MATILDE MARTÍNEZ MONEO

Institución en la que trabaja: SERVICIO NAVARRO DE SALUD

No tengo ningún conflicto de interés

| | SÍ | | En caso afirmativo especificar: tipo de actividad. Institución y fecha de realización |
|---|-------------------------------------|--|---|
| 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | Financiación para reuniones y congresos, asistencia a cursos (inscripciones, bolsas de viajes, alojamiento...) | TDAH: V Instituto de Psicofarmacología del niño y adolescente. Septiembre 2014. Inscripción, viaje y alojamiento: SHIRE |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Honorarios como ponente (conferencias, cursos...) | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Financiación de programas educativos o cursos (contratación de personal, alquiler de instalaciones...) | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Financiación por participar en una investigación | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Consultoría para una compañía farmacéutica/otras tecnologías | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Accionista/intereses comerciales en una compañía (patentes...) | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Intereses económicos en una empresa privada relacionada con la salud (como propietario, empleado, accionista, consulta privada...) | |

Fecha: 21/5/15

Firma:

