



Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ Ι Α

Έντυπο Δήλωσης Σύγκρουσης Συμφερόντων (Conflict of Interest Disclosure Form – COI)

(να συμπληρωθεί από τον Πρόεδρο και τα μέλη της Επιστημονικής ή/και Οργανωτικής Επιτροπής)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ (με πεζούς χαρακτήρες – όχι κεφαλαία):

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ:

ΦΟΡΕΑΣ/ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ:

Σύμφωνα με το Κριτήριο 14 του εγγράφου UEMS 2016.20 «EACCME Criteria for the Accreditation of Live Educational Events (LEE)», πρέπει όλες οι Δηλώσεις Σύγκρουσης Συμφερόντων –λόγω οικονομικής ή άλλης σχέσης- να γνωστοποιούνται στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, κατά την υποβολή της αίτησης. Οι δηλώσεις πρέπει να περιλαμβάνουν οποιαδήποτε χρέωση, αμοιβή ή διευθέτηση αποζημίωσης σχετίζεται με την εκδήλωση.

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

- ☐ Δεν έχω να δηλώσω καμία σύγκρουση συμφερόντων
☐ Έχω να αναφέρω τις ακόλουθες ενδεχόμενες συγκρούσεις συμφερόντων

Τύπος εξαρτώμενης σχέσης/οικονομικών συμφερόντων	Όνομα Εμπορικής Εταιρείας
Λήψη χορηγιών/οικονομική στήριξη έρευνας:	
Λήψη αμοιβής ή χρηματοδότησης συνεδρίων:	
Συμμετοχή σε εταιρεία που χρηματοδοτεί ομιλητή:	
Μέτοχος:	
Σύζυγος/ Σύντροφος/Εταίρος:	
Άλλου είδους στήριξη (παρακαλώ διευκρινίστε):	

Υπογραφή

Ημερομηνία

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660, 210 7258661, 210 7258662, FAX: 210 7258663
PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS
www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr
ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ: pislog@pis.gr • ΔΙΕΘΝΕΣ: pisinter@pis.gr, pisinter1@pis.gr
ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗ: pismember@pis.gr