

## HABILITETSERKLÆRING

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| <b>Titel/Navn:</b>  | LÆGE EVA BJEMMEGAARD |
| <b>SFR/Komite:</b>  | DEMENS RÅD           |
| <b>Arbejdssted:</b> | GROSTRUP HOSPITAL    |

|  |     |
|--|-----|
| Har du interessekonflikter, som kan have indflydelse på dit arbejde i Region Hovedstadens sundhedsfaglige råd og komiteer?<br><br>I bekræftende fald beskriv omfang. | NET |
|--|-----|

| <b>Personlige eller økonomiske interesser i lægemiddel- eller anden medikoindustri.</b>   |     |
|---|-----|
| Har du været ansat i lægemiddel- eller anden medikoindustri inden for de seneste 3 år?<br><br>I bekræftende fald hvor?  | NET |
| Har du direkte eller indirekte økonomiske interesser i lægemiddel- eller anden medikoindustri?<br><br>I bekræftende fald hvilke virksomheder?   | NET |
| Har du mod betaling udført opgaver (fx medlem af advisory board, andet) for lægemiddelvirksomheder inden for de sidste 3 år?<br><br>I bekræftende fald beskriv omfang/virksomhed.                     | NET |
| Er du i øvrigt tilknyttet lægemiddel- eller anden medikoindustri på en sådan måde, at det kan have indflydelse på dit arbejde i givne råd/komite?<br><br>I bekræftende fald beskriv omfang/virksomhed | NET |

Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere interessekonflikter, som kan påvirke min saglige og upartiske stillingtagen i forbindelse med arbejdet i nævnte råd/komite. Hvis jeg efter udfærdigelsen af denne erklæring får interessekonflikter, som kan påvirke min habilitet, vil jeg så hurtigt som muligt meddele det til formand og sekretær for givne råd/komite.

Sted: Grostrup

Dato: 5/12-12

Underskrift: Eva Bjemmegård