



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

A presente declaração tem por fito acautelar conflitos de interesses externos, diretos e/ou indiretos, por forma a ser garantida a integridade técnica e a imparcialidade da atividade desenvolvida no âmbito das atribuições e competências da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Região Autónoma da Madeira, (CFT-RAM).

Eu, abaixo assinado _____,
com a categoria profissional de _____,
cédula profissional n.º _____, na qualidade de _____.

Declaro que fui devidamente informado(a) da obrigação de proceder à declaração de interesses face às situações e matérias específicas, em relação às quais for solicitado(a) a pronunciar-me, no domínio da Comissão de Farmácia e Terapêutica da Região Autónoma da Madeira;

Mais declaro para os devidos efeitos e sob a minha inteira responsabilidade, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e completas, inexistindo qualquer omissão ou situação de conflito de interesses efetiva, aparente ou possível que seja do meu conhecimento.

Não identifiquei conflito de interesses.

Declaro os seguintes interesses:

Comissão de Farmácia e Terapêutica da Região Autónoma da Madeira, __ de _____ de ____

Assinatura: _____

