

Declaración del Director

Actividades Presenciales, a Distancia o Mixtas

Título de la actividad:	
Tipo de actividad	
Lugar	
Fecha (s)	

Como Director Médico del programa y contenido de esta actividad de FMC/DPC,

Declaro que:

- El programa científico se desarrolla bajo mi supervisión y responsabilidad, y presenta una perspectiva científicamente equilibrada de los temas incluidos;
- Este programa cumple con todos los requisitos éticos, médico-legales, regulatorios, industriales y legales pertinentes aplicables en España.
- Todos los miembros del Comité Organizador y/o Científico han proporcionado una declaración de conflicto potencial o real de intereses*.
- Los Comités Científico y Organizador han determinado el contenido de todos los aspectos de la actividad y han obviado cualquier intento de los patrocinadores de influir en las decisiones de dichos Comités.
- Soy consciente de la fuente y forma de cualquier financiación comercial recibida para desarrollar este programa y confirmo que cualquier material educativo está libre de cualquier forma de publicidad y cualquier forma de sesgo.
- Todos los profesores y/o autores de este evento científico han divulgado o divulgarán, cualquier posible conflicto de intereses real o potencial. En las actividades presenciales el conflicto de intereses será publicado y declarado al comienzo de sus presentaciones o en el lugar que sea pertinente.
- Todos los profesores y/o autores responsables de materiales utilizados en actividades presenciales o a distancia han divulgado o divulgarán, cualquier conflicto de intereses real o potencial. Este será publicado y declarado en el lugar que sea pertinente.
- Me aseguraré de que sean respetadas las normas de aplicación españolas, así como los reglamentos y normas de la industria con respecto a las áreas de exhibición permitidas a las empresas para presentar sus productos (en las actividades presenciales).
- Soy médico, colegiado en España y proporciono mis datos de registro a SEAFORMEC según figura al pie:

**Sólo la actividades que dispongan de dicho Comité.*

Fecha _____

Nombre y Apellidos: _____ Firma: _____

Colegiado número _____ del Colegio Oficial de Médicos de: _____