

Habilitetserklæring for medlemmer af Nævnet for Sundhedsapps

Navn	BJANNE MJAALIN
Titel	CHÆFLÆGE (HVIDovre Hospital)
Arbejdsplads/virksomhed/organisation	LÆGEFORENINGEN
E-mail	Bjorn0007@REGIONH.DK

Personlige eller økonomiske interesser i sundhedsappindustrien	
Jeg har inden for de seneste 3 år været ansat i eller ejer af en eller flere virksomheder, der udvikler sundhedsapps. – i bekræftende fald hvilke(n) virksomhed(er) og hvilke(n) sundhedsapp(s)	Ja/Nej ☒ Nej
Jeg har inden for de seneste 3 år mod betaling udført opgaver for en eller flere virksomheder, der udvikler sundhedsapps. – i bekræftende fald hvilke(n) virksomhed(er) og hvilke(n) sundhedsapp(s)	Ja/Nej ☒ Nej
Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder, som udvikler sundhedsapps. – i bekræftende fald hvilke(n) virksomhed(er) og hvilke(n) sundhedsapp(s)	Ja/Nej ☒ Nej
Min ægtefælle, samlever eller andre i min husstand eller i min nærmeste familie er ansat i en virksomhed, der udvikler sundhedsapps. – i bekræftende fald hvilke(n) virksomhed(er) og hvilke(n) sundhedsapp(s)	Ja/Nej ☒ Nej
Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder, der udvikler sundhedsapps. – i bekræftende fald hvilke(n) virksomhed(er) og hvilke(n) sundhedsapp(s)	Ja/Nej ☒ Nej
Jeg har direkte eller indirekte økonomiske interesser i produktionen og distributionen af en eller flere sundhedsapps. – i bekræftende fald på hvilken måde, hvilke(n) sundhedsapp(s) og af hvilke(n) udbydere(e)/producent(er)?	Ja/Nej ☒ Nej
Jeg ejer aktier, anpartar, andele eller lignende i en eller flere virksomheder, som udviklere sundhedsapps.	Ja/Nej ☒ Nej

– i bekræftende fald hvilke(n) virksomhed(er) og hvilke(n) sundhedsapp(s)	
Jeg har patent på en eller flere sundhedsapps. – i bekræftende fald hvilke(n) sundhedsapp(s)	Ja/Nej
Har du i øvrigt relationer til sundhedsappindustrien på en sådan måde, at det kan have indflydelse på dit arbejde i Nævnet for Sundhedsapps. – I bekræftende fald hvilken tilknytning, hvilke(n) sundhedsapp(s) og hvilke(n) udbyder(e)/producent(er)?	Ja/Nej
Foreligger der i øvrigt omstændigheder, som kan vække tvivl om din habilitet?	Ja/Nej

Efter min bedste overbevisning har jeg ingen yderligere uvedkommende interesser i sundhedsappindustrien, som kan påvirke mig i forbindelse med arbejdet i Nævnet for Sundhedsapps. Hvis jeg efter udfyldelse af denne erklæring får interesser i sundhedsappindustrien af ovennævnte karakter, eller hvis der sker ændringer i mine personlige forhold, og dette kan have betydning for min habilitet, vil jeg uden ugrundet ophold meddele dette til sekretariatet for Nævnet for Sundhedsapps.

Jeg har modtaget, gennemlæst og forstået forretningsordenen for Nævnet for Sundhedsapps.

HVIDOUER

18/2 - 25

Sted

Dato

Underskrift