

Disclosure Form:

Selbstausskunft zu finanziellen Interessen im Zusammenhang mit NIH - Grant N° _____

Dieses Formular bezieht sich auf die *“Richtlinie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg zu finanziellen Interessenkonflikten bei Zuwendungen der US-amerikanischen Public Health Service (PHS) Agencies und der National Science Foundation (NIH)”*.

Name der/des Projektmitarbeitenden:

Lehrstuhl/Adresse:

Projekttitel:

NIH-Grant N°:

A. Keine finanziellen Interessen im Zusammenhang mit NIH-Zuwendungen

- Als Projektmitarbeitender im o. g. NIH-Projekt (zuständig für Planung oder Durchführung des Projekts und/oder Berichterstattung der Projektergebnisse) bestätige ich hiermit, dass für mich während der vorangegangenen 12 Monate kein finanzielles Interesse im Zusammenhang mit der NIH-Zuwendung bestand.

B. Finanzielle Interessen im Zusammenhang mit NIH-Zuwendungen

- Während der vorangegangenen 12 Monate bestand für mich ein finanzielles Interesse im Zusammenhang mit der NIH-Zuwendung. *(Bitte nachfolgend ankreuzen und auf einer separaten Anlage spezifizieren.)*

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktien / Geschäftsanteile / Aktienoptionen / Eigenkapitalbeteiligungen o. ä.: Während der letzten 12 Monate waren ich, mein/e Ehepartner/in, mein/e Lebenspartner/in i. S. d. LPartG oder meine Kinder im Besitz solcher Werte, die addiert 5.000 US\$ übersteigen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eigentumsanteile: Während der letzten 12 Monate waren ich, mein/e Ehepartner/in, mein/e Lebenspartner/in i. S. d. LPartG oder meine Kinder im Besitz von Eigentumsanteilen, die addiert 5% eines bestimmten Unternehmens (siehe Anlage) übersteigen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehalt / Honorare / Vergütungen / andere Zahlungen: Während der letzten 12 Monate haben ich, mein/e Ehepartner/in, mein/e Lebenspartner/in i. S. d. LPartG oder meine Kinder Zahlungen der o.g. Art erhalten, die addiert 5.000 US\$ übersteigen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patente / Urheberrechte / Lizenzzahlungen aus solchen Rechten: Während der letzten 12 Monate haben ich, mein/e Ehepartner/in, mein/e Lebenspartner/in i. S. d. LPartG oder meine Kinder Zahlungen oder Rechte der o.g. Art erhalten, die addiert 5.000 US\$ übersteigen.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reisekostenerstattung durch Firmen oder gesponserte Reisen: Während der letzten 12 Monate waren ich, mein/e Ehepartner/in, mein/e Lebenspartner/in i. S. d. LPartG oder meine Kinder Nutznießer solcher Reisen.

Bestätigung

Ich bestätige hiermit, dass ich die *“Richtlinie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg zu finanziellen Interessenkonflikten bei Zuwendungen der US-amerikanischen Public Health Service (PHS) Agencies und der National Science Foundation (NIH)”* gelesen und verstanden habe und dass ich diese einhalten werde. Dieses Formular zur Selbstausskunft habe ich nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt. Ich bin damit einverstanden, dass die in § 5Abs. 4 Satz 2 der Richtlinie genannten Personen/Institutionen Einblick in dieses Formular erhalten.

Ort, Datum:

Unterschrift der oder des Projektmitarbeitenden: