



Zāļu valsts aģentūra

Jersikas iela 15, Rīga, LV-1003
tālr. 67078424, fakss 67078428
info@zva.gov.lv, www.zva.gov.lv

Interesešu konflikta deklarācija

Es, **Elmārs Rancāns**, ar šo paziņoju,
ka manas vienīgās tiešās vai netiešās saistības ar farmācijas industriju ir zemāk norādītās:
(Lūdzu, ievelciet krustiņus atbilstošajos lodziņos, norādiet vaicāto informāciju.)

Man ir finansiāla ieinteresētība (<i>pieder akcijas vai daļas</i>) farmaceutiskās darbības uzņēmumā un/vai man ir saimnieciskas darbības līguma attiecības ar farmaceutiskās darbības uzņēmumu.	
<input checked="" type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā Lūdzu norādiet uzņēmumu /us un saistības:
Esmu vai esmu bijis darbinieks, konsultants, atbildīgais pētnieks, pētnieks, vadības komitejas loceklis, padomes loceklis vai citā veidā esmu bijis nodarbināts (vajadzīgo pasvītrot) farmaceutiskās darbības uzņēmumā saistībā ar konkrētu produktu.	
<input type="checkbox"/> Nē	<input checked="" type="checkbox"/> Jā, šobrīd. Lūdzu norādiet uzņēmumu /us un produktu /us: Lundbeck (vortioxetine, LU AF 11167), Sunovion SEP-363856
	<input checked="" type="checkbox"/> Jā, iepriekšējo 3 (trīs) gadu periodā Lūdzu norādiet uzņēmumu /us un produktu /us: Lundbeck (vortioxetine, Brexpiprazole, LU AF 11167), cariprazine
Esmu produkta patenta īpašnieks.	
<input checked="" type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā Lūdzu norādiet produktu /us:
Man ir radnieks (tēvs, māte, vecāmāte, vecaistēvs, bērns, mazbērns, adoptētais, adoptētājs, brālis, māsa, pusmāsa, pusbrālis, laulātais) un / vai māsaimniecībā dzīvo persona, kurai ir finansiāla ieinteresētība (<i>pieder akcijas vai daļas</i>) vai saimnieciskas darbības līguma attiecības, vai ietekme attiecībā uz lēmumu pieņemšanu farmaceutiskās darbības uzņēmumā	
<input checked="" type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā Lūdzu norādiet uzņēmumu /us:
Man ir finansiāla ieinteresētība (<i>pieder akcijas vai daļas</i>) vai man ir saimnieciskas darbības līguma attiecības, vai man ir radnieks, vai māsaimniecībā dzīvo persona, kurai ir ietekme attiecībā uz lēmumu pieņemšanu uzņēmumā, kura darbības joma ir saistīta ar mana amata pienākumu izpildi.	
<input checked="" type="checkbox"/> Nē	<input type="checkbox"/> Jā Lūdzu norādiet uzņēmumu /us:

Ar šo apstiprinu, ka bez iepriekš minētajām man NAV nekādu citu saistību vai faktu, kas būtu paziņojami Zāļu valsts aģentūrai un sabiedrībai. Gadījumā, ja man radīsies jaunas papildu saistības, es par to informēšu Zāļu valsts aģentūru.

Rīgā, 29.01.2020.
Datums

Paraksts