

Subdirección de Farmacia
Plaza de la Paz s/n 4ª
31002 Pamplona

DECLARACIÓN PÚBLICA DE CONFLICTO DE INTERESES

Este formulario consta de dos partes: sus datos personales y la declaración pública de conflicto de intereses. Todos los apartados deberán ser debidamente cumplimentados y **cada página deberá llevar fecha y firma**. Si los documentos se rellenan a mano, por favor asegúrese de que la información que contiene se puede leer claramente.

1.- DATOS PERSONALES

(Nombre) Francisco Javier **(Apellidos)** Garjón Parra

DNI 29143661Q

Nacionalidad española

Lugar de trabajo SNS-O. Servicio de Gestión de la Prestación Farmacéutica

Dirección Plaza de la Paz s/n 4ª

Correo electrónico jgarjonp@navarra.es

El abajo firmante, declara bajo su responsabilidad, la relación de potenciales conflictos de interés para su actividad como miembro de la Comisión Central de Farmacia durante los tres últimos años (2016-2018).

Fecha _____ **Firma** _____

2.- DECLARACIÓN PÚBLICA DE CONFLICTO DE INTERESES

(Por favor marque todos los cuadros y especifique tanto el nombre del laboratorio como del medicamento^{1,2}).

2.1 Empleado en la industria farmacéutica. <i>(Industria farmacéutica incluye las empresas de suministro o de servicios que contribuyen a la investigación, desarrollo, producción y seguimiento de un medicamento)</i>	Conflicto de Intereses	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	NO <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Por favor, indique si usted es o ha sido trabajador en la industria farmacéutica, ya sea a tiempo completo o parcial, remunerado o no)</i>	Periodo de actividad	Empresa	Medicamentos Por favor, indique cualquier producto en el que ha tenido responsabilidad	Indicaciones terapéuticas

Fecha _____ Firma _____

¹ Si completa la casilla "SI" de la columna "Conflicto de intereses", debe completar con información adicional el resto de casillas. En caso de necesidad, añada casillas adicionales. Si declara algún interés pero no facilita dicha información adicional, se le devolverá el formulario para que lo complete.

² Se le invita a facilitar información sobre intereses de un periodo superior a 3 años. Esta información no será usada en la evaluación de su declaración de intereses, sólo se utilizará para una mayor transparencia respecto a anteriores intereses.

2.2 Consultoría. <i>(Prestación de asesoramiento o servicios en la industria farmacéutica, en un campo particular, como el desarrollo de un producto, independientemente de las disposiciones contractuales o cualquier forma de remuneración)</i>	Conflicto de Intereses	Año 2016	Año 2017	Año 2018
<i>Nota: La asistencia o intervención como ponente en conferencias o seminarios no se considera asesoría, pero deberá indicarse en los intereses financieros en caso de mediar ayuda económica u honorarios procedentes de la industria farmacéutica. Tampoco se considera una actividad de asesoría el asesoramiento científico proporcionado a la Autoridad Nacional Competente de un Estado Miembro)</i>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/>			
<i>Por favor, indique cualquier actividad en la que proporcione o haya proporcionado asesoramiento o servicios, independientemente de si ha recibido o no pago por estas actividades.</i>	Periodo de actividad	Empresa	Medicamentos Por favor, indique cualquier producto en el que ha tenido responsabilidad	Indicaciones terapéuticas

Fecha _____ Firma _____

2.3 Asesoramiento estratégico.	Conflicto de Intereses	Año 2016	Año 2017	Año 2018
<p>(Participación, con derecho a voto o con influencia en la toma de decisiones, en una Junta Consultiva o Comité Directivo Científico prestando asesoramiento o expresando opiniones sobre futuras estrategias en la dirección o desarrollo de las actividades en la industria farmacéutica, ya sea en la estrategia general o de productos relacionados, independientemente de su relación contractual o cualquier forma de remuneración.</p> <p>Nota: La participación en los Comités de Supervisión de Seguridad de Datos no está incluida en esta categoría. Esta participación debe ser registrada en la sección Investigador Principal o Investigador no principal, según corresponda.)</p>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/>			
<p>Por favor, indique si está participando o ha participado en una Junta Consultiva o Comité Directivo Científico de una industria farmacéutica (por ejemplo miembro, director) con derecho a voto o influencia en la toma de decisiones de la empresa.</p>	Periodo de actividad	Empresa	Área de actividad / producto	Indicaciones terapéuticas

Fecha _____ Firma _____

2.4 Intereses económicos en empresas farmacéuticas:	NO	SI
<p><i>Se entiende por intereses económicos, en el momento de completar este formulario:</i></p> <p>A. <i>La posesión de acciones de una empresa farmacéutica, excluyendo los fondos de inversión gestionados de forma independiente o planes de pensiones que no estén basados exclusivamente en el sector farmacéutico.</i></p> <p>B. <i>El abono de compensaciones, honorarios o salarios que usted reciba de una empresa farmacéutica, incluyendo también aquellos debidos a trabajos de investigación o al reembolso de los gastos relacionados con la asistencia a conferencias o seminarios.</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.4 Relación de empresas farmacéuticas que han pagado alguna cantidad económica al declarante o de las que el declarante posea acciones
Empty space for listing companies

2.5 Patentes	NO	SI	Empresa y nombre del producto
<p><i>Por favor, indique si en el momento de completar el formulario, es usted el beneficiario de una patente de un producto medicinal</i></p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empty space for company and product name

Fecha _____ Firma _____

2.6 Investigador principal en ensayos de la industria farmacéutica <i>(Se considera Investigador principal, a efectos de este documento, a la persona responsable de la realización del ensayo clínico en ensayos monocéntricos, y de su coordinación si se trata de ensayos multicéntricos. Esta definición no incluye la coordinación nacional de investigador en un estudio multinacional. La participación en los Comités de Supervisión de Seguridad de Datos debe ser incluida en esta sección).</i>	Conflicto de Intereses	Año 2016	Año 2017	Año 2018
NO <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/>				
<i>Por favor, indique todos los ensayos con financiación total o parcial de la industria farmacéutica en los que está interviniendo actualmente o ha intervenido como investigador principal. Aquellos ensayos donde la única participación de una compañía farmacéutica sea la de facilitar los fármacos para la realización del estudio, no tendrán la obligación de ser declarados.</i>	Periodo de actividad	Empresa	Nombre de Producto y sustancia activa	Indicaciones terapéuticas

Fecha _____ Firma _____

2.7 Investigador no principal/colaborador en ensayos de la industria farmacéutica	Conflicto de Intereses	Año 2016	Año 2017	Año 2018
<p><i>(Se considera por Investigador no principal o colaborador, a efectos de este documento, a cualquier miembro del equipo del ensayo clínico que esté designado y supervisado por el investigador principal para realizar procedimientos relevantes y/o tomar decisiones importantes relacionadas con el ensayo).</i></p>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	□	□	□
	SI <input type="checkbox"/>			
<p><i>Por favor, indique todos los ensayos con financiación total o parcial de la industria farmacéutica en los que está interviniendo actualmente o ha intervenido como investigador no principal. Aquellos ensayos donde la única participación de una compañía farmacéutica sea la de facilitar los fármacos para la realización del estudio, no tendrán la obligación de ser declarados.</i></p>	Periodo de actividad	Empresa	Nombre de Producto y sustancia activa	Indicaciones terapéuticas

Fecha _____ Firma _____

2.x Haber recibido apoyo y/o financiación de la industria farmacéutica para o en el marco de una investigación	Conflicto de Intereses	Año 2016	Año 2017	Año 2018
	NO <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/>				
<i>Por favor, indique todos los estudios para los que ha recibido apoyo y/o financiación de una compañía farmacéutica. Aquellos donde la única participación de una compañía farmacéutica sea la de facilitar los fármacos para la realización del estudio, no tendrán la obligación de ser declarados.</i>	Periodo de actividad	Empresa	Estudio	

2.8 Otros bienes recibidos de la industria farmacéutica	NO	SI	Empresa y nombre del producto
<i>La organización³ en la que trabajo recibe financiación o ayudas en especie (equipamiento, becas, etc.) procedentes de la industria farmacéutica, es decir, ayudas recibidas sin un beneficio personal.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fecha _____ Firma _____

³ Se refiere al servicio o subdirección de cada uno, no al SNS-O en su conjunto

2.9 Intereses de los miembros de la familia	Tipo de interés declarado (trabajador, investigador etc.)	Nombre de la Empresa
<i>Se consideran a efectos de este documento aquellos familiares que conviven en la misma dirección (p.ej.: cónyuge, conviviente, hijos). Para mantener la privacidad no es necesario indicar el nombre ni la relación con el miembro familiar.</i>	ninguno	

Además de los intereses declarados arriba, declaro bajo mi responsabilidad que **NO TENGO** otros intereses o actuaciones que bajo mi consideración deban ser puestos en conocimiento tanto de la Comisión Central de Farmacia como del público.

En caso de existir otros intereses o actuaciones, por favor especifíquese:

De producirse alguna modificación sobre lo anteriormente declarado debido a la aparición de intereses adicionales, los pondré en conocimiento de la Comisión Central de Farmacia a la mayor brevedad posible y los declararé cumplimentando una nueva declaración de conflicto de intereses en la que especificaré los cambios.

Esta declaración no me exime de mi obligación de declarar cualquier potencial conflicto de intereses antes de iniciarse cualquier actividad de la Comisión Central de Farmacia en la que participe.

La Comisión Central de Farmacia le informa de que:

Los datos personales aportados por Vd. quedarán incorporados a un fichero informático que será custodiado por el secretario de la Comisión Central de Farmacia. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de consulta, acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección que figura en la primera página, de acuerdo a lo establecido en la ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Fecha _____ Firma _____