

GUÍA TERAPÉUTICA en Atención Primaria basada en la selección razonada de medicamentos

Declaración de conflicto de intereses

Nombre: M^a Pilar Abaurrea Ortiz

¿Ha recibido algún tipo de subvención o remuneración por parte de la industria farmacéutica u otras industrias relacionadas con la salud en los últimos tres años?

Empresa:

Motivo o actividad:

Sí No

| | |
|--|-------------------------------------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------------|

¿Tiene o ha tenido alguna relación laboral, académica o personal, con la industria farmacéutica u otras industrias relacionadas con la salud en los últimos tres años?

Empresa:

Motivo o actividad:

| | |
|--|-------------------------------------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------------|

¿Considera que alguna de sus convicciones morales puede representar un conflicto de intereses respecto algún apartado de la Guía Terapéutica?

| | |
|--|-------------------------------------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------------|

Firmado:

P. Abaurrea

Madrid, 5 de febrero de 2016