



MODULO DICHIARAZIONE CONFLITTO DI INTERESSI

Io sottoscritto/a GIAN WCA BRACCO

nato/a il 11.09.59 a FOLIGNO, C.F. BRCGLC59P11D653M

nell'esercizio della professione di:

Medico Chirurgo

Ostetrico/a

Infermiere/a

Fisioterapista

Altro _____

dichiaro

Di ricoprire abitualmente il ruolo di speaker per le seguenti aziende:

Di ricevere rimborsi per spese/viaggi/soggiorni dalle seguenti aziende:

COLOPLAST -

TEGEEA

PROMEDAN

HERNIA MESH

Di partecipare agli utili delle seguenti aziende:

~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~
~~_____~~

ovvero

L'assenza di conflitto di interessi nei confronti di qualunque azienda del settore medico e farmaceutico

Data

20.1.2013

 Firma