

**Código:** Anexo E

**Título:** Formulario de Conflicto de Intereses



### **Acuerdo de Conflicto de Intereses**

Al firmar a continuación, el abajo firmante reconoce no tener una afiliación personal o conexión financiera con el centro médico, ni con la persona que presenta el / los protocolos (s) para su revisión por parte de la CBI que genere un conflicto de intereses, según lo establecido en el Artículo 15 del Decreto.

He leído la declaración procedente de la CBI sobre el conflicto de intereses. Mi firma indica mi Voluntad de cumplir con los términos de dicho acuerdo.

\_\_\_\_\_

(Nombre, en letra imprenta)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

\_\_\_\_\_

(Firma)