

Prohlášení o střetu zájmů zkoušejícího / *Declaration of Investigator's Interests*

Tuto šablonu mohou zadavatelé klinických hodnocení používat jako součást dokumentace žádosti. Za každého hlavního zkoušejícího z každého místa hodnocení je nutno předložit samostatné vyplněné prohlášení. / *This template may be used by Sponsors of clinical trials as part of the application dossier. A separate declaration should be completed and submitted for the Principal/Lead Investigator at each site.*

Tuto šablonu vytvořila a ověřila odborná skupina EU pro klinická hodnocení (EU Clinical Trials Expert Group) za účelem dosažení souladu s nařízením (EU) č. 536/2014 o klinických hodnoceních humánních léčivých přípravků, upravena SÚKL. / *This template was developed and endorsed by the EU Clinical Trials Expert Group to comply with Regulation (EU) No. 536/2014 Clinical Trials on Medicinal Products for Human Use and modified by State Institute for Drug Control.*

Následující prohlášení se vztahuje k tomuto klinickému hodnocení / *The following declaration is in relation to the following clinical trial*

A Phase 3, Multicenter, Randomized, Open-Label Trial to Evaluate the Safety and Efficacy of Epcoritamab + Rituximab and Lenalidomide (R<sup>2</sup>) Compared to Chemoimmunotherapy in Previously Untreated Follicular Lymphoma (EPCORE™FL-2)

Máte nějaké zájmy, např. ekonomické zájmy, příslušnost k pracovištím či osobní zájmy, jež by mohly ovlivnit vaši nestrannost? / *Are there any interests, such as economic interests, institutional affiliations or personal interests, which may influence your impartiality?*

Ano/ Yes  Ne / No

Pokud ano, podrobně prosím popište všechny takové zájmy: / *If Yes, please give details of all interests:*

Prohlašuji, že výše uvedené informace jsou dle mého nejlepšího vědomí správné. / *I declare that the information provided above is accurate to the best of my knowledge.*

Jméno zkoušejícího: / *Name of investigator:*

assoc. prof. David Belada, Ph.D

Název zdravotnického zařízení: / *Name of Institution:* Faculty Hospital Hradec Kralove

Podpis: / *Signature:*



Datum: / *Date:* 06-OCT-2023