

Šablona č. 3

Prohlášení o střetu zájmů zkoušejícího

/ Declaration of Investigator's Interests

Template

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 [níže prosím zapište celý název a číslo protokolu] / *The following declaration is in relation to the following clinical trial [Please insert the full title and Protocol reference number below]*

Protocol M22-003: A Phase 3, Multicenter, Randomized, Open-Label Trial to Evaluate the Safety and Efficacy of Epcoritamab + Rituximab and Lenalidomide (R2) 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:* **doc. MUDr. Andrea Janíková, PhD.**

Název zdravotnického zařízení: / *Name of Institution:*

FN Brno, Interní hematologická a onkologická klinika, Jihlavská 20, 625 00 Brno

Podpis: / *Signature:*

Datum: / *Date:*

13-08-2023

