

**Ethikkommission  
der Medizinischen Universität Graz**

Neue Stiftingtalstraße 6  
8010 Graz

T +43 316 385 71400  
ethikkommission@medunigraz.at

Name: (Klinische Prüfer\*in/ Mitarbeiter\*in)

.....

				/	
--	--	--	--	---	--

Aktenzahl der Ethikkommission (wenn bekannt)

Datum: .....

**Erklärung von Interessenskonflikten**  
„Conflict of Interest“

Um sicher stellen zu können, dass potenzielle Interessenskonflikte bei der Beurteilung von Forschungsprojekten entsprechend berücksichtigt werden können ersucht die Ethikkommission, allfällige potenzielle Interessenskonflikte offen zu legen.

Solche Konflikte können sowohl finanzielle als auch akademische Interessen betreffen.

Ich habe folgende potenzielle Interessenskonflikte offen zu legen:

Ich erkläre hiermit, dass ich weder finanzielle noch akademische Interessenskonflikte in Bezug auf das eingereichte Projekt habe.

.....

(Unterschrift)