



SUNDHEDSSTYRELSEN

Intern habilitetserklæring

Indsendt

23.08.2024 12:47:51

ReferanceID

SUN0002-1005802

1. Personoplysninger

Information om habilitetserklæring

Fulde navn

Hanne Bramaholm Hager

Email

habh@sst.dk

Jeg er:



Sektionsleder

Angiv mailadresse på din nærmeste leder, som er modtageren af din habilitetserklæring:

tmpo@sst.dk

Angiv mailadresse på din enheds postkasse:

sstprim@sst.dk

2. Erklæring

Oplysninger om personlige interesser

1.1 - Jeg ejer aktier, anparter, andele eller har en anden form for medejerskab i virksomheder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse



Ja

Hvilke:

Et mindre antal aktier i Novo Nordisk og Bavarian Nordic

1.2 - Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse



Nej

1.3 - Jeg har indenfor de sidste 5 år været ansat eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.



Ja

Hvilke? For advisory boards og anden rådgivning skal du også angive emnet, du har rådgivet om.

Region Hovedstadens Akutberedskab ansat som læge 2020-2021

Almen praksis i Region hovedstaden, selvstændig praktiserende læge frem til 2020

1.4 - Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse.



Nej

1.5 - Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for Sundhedsstyrelsen.



Nej

1.6 - Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er underlagt Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse?



Nej

1.7 - Hvis der er andre omstændigheder, der kan påvirke din habilitet i forhold til bestemte sager eller virksomheder, skal du anføre det her:



Nej

3. Underskrift

Underskriv din erklæring

Erklæring

Jeg erklærer, at ovenstående giver et fyldestgørende billede af mine direkte og indirekte interesser i virksomheder, der er undergivet Sundhedsstyrelsens myndighedsudøvelse og tilsyn. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny habilitetserklæring, hvor ændringerne fremgår.

Dato:

23.08.2024
