



Habilitetserklæring for personer, der skal bistå NGC med rådgivning, undervisning og/eller sagsbehandling

Udfyld venligst alle påkrævede oplysninger i skemaet.

Læs mere på: <https://ngc.dk/>

Habilitetserklæring

(* Skal udfyldes)

Personoplysninger

Fornavn: *	<input type="text" value="Gregor"/>
Efternavn: *	<input type="text" value="Jemec"/>
Titel: *	<input type="text" value="Professor"/>
Stilling: *	<input type="text" value="Ledende overlæge"/>
Institution: *	<input type="text" value="Sjællands Universitetshospital"/>
SOR-ID:	<input type="text" value="00DKB"/>
Afdeling: *	<input type="text" value="Dermatologisk"/>

Speciale: *

Dermatologi

Opgavetype

Såfremt der er spørgsmål til udfyldelsen af denne erklæring, kan der rettes henvendelse til juristerne i direktionssekretariatet i Nationalt Genom Center.

Hyad skal du lave for NGC? *

Styregrupperepræsentant

Ved deltagelse i arbejdsgrupper: angiv gruppe (udvalg, netværk) eller anden tilknytning:

Genetiske hudsygdomme

Ved deltagelse i arbejdsgrupper: angiv 2. gruppe (udvalg, netværk) eller anden tilknytning, hvis du har flere tilknytningsforhold:

Ved deltagelse i arbejdsgruppe: angiv 3. gruppe (udvalg, netværk) eller anden tilknytning, hvis du har flere tilknytningsforhold:

Oplysninger om personlig interesse

Tik af box (for ja)

Jeg ejer aktier, anparter, andele eller har anden form for medejerskab i virksomheder, der er omfattet af NGC's funktionsområde.

Hvis ja, hvilke? *

Tik af box (for ja)

Jeg sidder i bestyrelsen, direktionen eller lignende i en eller flere virksomheder eller institutioner, der er omfattet af NGC's funktionsområde.

Hvis ja, hvilke? *

Tik af box (for ja)

Jeg har inden for de sidste 5 år været ansat i eller modtaget betaling for opgaver udført for en eller flere virksomheder eller institutioner (herunder sygehuse/hospitaler og klinikker), der er omfattet af NGC's funktionsområde.
Hvis ja, hvilke? *

ICJME

Tik af box (for ja)

Jeg har patent på et eller flere produkter inden for områder, der er omfattet af NGC's funktionsområde.
Hvis ja, hvilke? *

Tik af box (for ja)

Jeg har personlige eller økonomiske interesser i virksomheder, som kan blive kontraktpart eller på anden måde indgå i et privatretligt forhold til NGC i forbindelse med den opgave, som jeg udfører for NGC.
Hvis ja, hvilke? *

Tik af box (for ja)

Er en person i din nærmeste familie ansat, medejer eller på anden måde tilknyttet virksomheder eller institutioner, der er omfattet af NGC's funktionsområde?
Hvis ja, hvilke? *
(Ved nærmeste familie forstås: Ægtefælte, samlever eller sambo; Børn, forældre eller søskende; Nevøer og niecer med en helt særlig tilknytning)

Tik af box (for ja)

Modtager din arbejdsplads økonomiske bidrag fra virksomheder eller institutioner, der er omfattet af NGC's funktionsområde?
Hvis ja, hvilke? *

Tik af box (for ja)

Har du andre tilknytninger, eller er der andre omstændigheder, der kan være relevante for din habilitet?

Hvis ja, hvilke? *

Underskrift

Jeg har efter min bedste overbevisning ingen yderligere uvedkommende interesser, som kan påvirke mit objektive arbejde for Nationalt Genom Center. Hvis der sker ændringer, udfylder jeg straks en ny erklæring, hvoraf ændringerne fremgår.

Erklæringen offentliggøres på National Genom Centers hjemmeside.

Dato:

11/3 - 2022

Underskrift:



Udskriv venligst denne side (erklæringen), inden du klikker på "Indsend". Dit print skal underskrives i hånden, indscannes og sendes til Nationalt Genom Center på mail kontakt@ngc.dk

Jeg bekræfter hermed at jeg har printet erklæringen *

Vær venligst opmærksom på, at erklæringen først er modtaget af Nationalt Genom Center, når du har modtaget en standardkvittering på e-mail. Har du ikke modtaget en kvittering på e-mail inden for 24 timer, beder vi dig skrive til NGC på kontakt@ngc.dk. Standardkvitteringen vil ikke indeholde en kopi af din erklæring.

Indsend

ICMJE DISCLOSURE FORM

Date: 2/17/2022

Your Name: Gregor Borut Ernst Jemec

Manuscript Title: Click or tap here to enter text.

Manuscript Number (if known): Click or tap here to enter text.

In the interest of transparency, we ask you to disclose all relationships/activities/interests listed below that are related to the content of your manuscript. "Related" means any relation with for-profit or not-for-profit third parties whose interests may be affected by the content of the manuscript. Disclosure represents a commitment to transparency and does not necessarily indicate a bias. If you are in doubt about whether to list a relationship/activity/interest, it is preferable that you do so.

The author's relationships/activities/interests should be defined broadly. For example, if your manuscript pertains to the epidemiology of hypertension, you should declare all relationships with manufacturers of antihypertensive medication, even if that medication is not mentioned in the manuscript.

In item #1 below, report all support for the work reported in this manuscript without time limit. For all other items, the time frame for disclosure is the past 36 months.

		Name all entities with whom you have this relationship or indicate none (add rows as needed)	Specifications/Comments (e.g., if payments were made to you or to your institution)																								
Time frame: Since the initial planning of the work																											
1	All support for the present manuscript (e.g., funding, provision of study materials, medical writing, article processing charges, etc.) No time limit for this item.	<input type="checkbox"/> None <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 60%;">LEO Foundation</td> <td>PhD Grant provided to my institution (grant no.: LF18002)</td> </tr> <tr> <td>Naestved, Slagelse and Ringsted Hospitals' Research Fund</td> <td>PhD Grant provided to my institution</td> </tr> </table>	LEO Foundation	PhD Grant provided to my institution (grant no.: LF18002)	Naestved, Slagelse and Ringsted Hospitals' Research Fund	PhD Grant provided to my institution																					
LEO Foundation	PhD Grant provided to my institution (grant no.: LF18002)																										
Naestved, Slagelse and Ringsted Hospitals' Research Fund	PhD Grant provided to my institution																										
Time frame: past 36 months																											
2	Grants or contracts from any entity (if not indicated in item #1 above).	<input type="checkbox"/> None <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr><td>Abbvie</td><td>Grant</td></tr> <tr><td>Afyx</td><td>Grant</td></tr> <tr><td>InflaRx</td><td>Grant</td></tr> <tr><td>Janssen-Cilag</td><td>Grant</td></tr> <tr><td>Novartis</td><td>Grant</td></tr> <tr><td>UCB</td><td>Grant</td></tr> <tr><td>CSL Behring</td><td>Grant</td></tr> <tr><td>Regeneron</td><td>Grant</td></tr> <tr><td>Sanofi</td><td>Grant</td></tr> <tr><td>Boehringer-Ingelheim</td><td>Grant</td></tr> <tr><td>Union therapeutics</td><td>Grant</td></tr> <tr><td>Toosonix</td><td>Grant</td></tr> </table>	Abbvie	Grant	Afyx	Grant	InflaRx	Grant	Janssen-Cilag	Grant	Novartis	Grant	UCB	Grant	CSL Behring	Grant	Regeneron	Grant	Sanofi	Grant	Boehringer-Ingelheim	Grant	Union therapeutics	Grant	Toosonix	Grant	
Abbvie	Grant																										
Afyx	Grant																										
InflaRx	Grant																										
Janssen-Cilag	Grant																										
Novartis	Grant																										
UCB	Grant																										
CSL Behring	Grant																										
Regeneron	Grant																										
Sanofi	Grant																										
Boehringer-Ingelheim	Grant																										
Union therapeutics	Grant																										
Toosonix	Grant																										

		Name all entities with whom you have this relationship or indicate none (add rows as needed)	Specifications/Comments (e.g., if payments were made to you or to your institution)
3	Royalties or licenses	<input checked="" type="checkbox"/> None	
4	Consulting fees	<input type="checkbox"/> None	
		Coloplast	Honorarium
		Chemocentryx	Honorarium
		LeoPharma	Honorarium
		Incyte	Honorarium
		Kymera	Honorarium
		VieLaBio	Honorarium
5	Payment or honoraria for lectures, presentations, speakers bureaus, manuscript writing or educational events	<input checked="" type="checkbox"/> None	
6	Payment for expert testimony	<input checked="" type="checkbox"/> None	
7	Support for attending meetings and/or travel	<input checked="" type="checkbox"/> None	
8	Patents planned, issued or pending	<input type="checkbox"/> None	
		Microbiome patent	
9	Participation on a Data Safety Monitoring Board or Advisory Board	<input type="checkbox"/> None	
		LeoPharma 2019	Honorarium

		Name all entities with whom you have this relationship or indicate none (add rows as needed)	Specifications/Comments (e.g., if payments were made to you or to your institution)
10	Leadership or fiduciary role in other board, society, committee or advocacy group, paid or unpaid	<input type="checkbox"/> None	
		Vice President EHSF	Honorary post
		Chair CHORD	Honorary post
		President NCDV22	Honorary post
11	Stock or stock options	<input checked="" type="checkbox"/> None	
12	Receipt of equipment, materials, drugs, medical writing, gifts or other services	<input checked="" type="checkbox"/> None	
13	Other financial or non-financial interests	<input checked="" type="checkbox"/> None	

Please place an "X" next to the following statement to indicate your agreement:

I certify that I have answered every question and have not altered the wording of any of the questions on this form.