



SUNDHEDSSTYRELSEN

Intern habilitetserklæring

Indsendt

25.10.2024 11:11:19

ReferanceID

SUN0002-1006162

1. Personoplysninger

Information om habilitetserklæring

Fulde navn

Hanne Neergaard Waltenburg

Email

hwa@sis.dk

Jeg er:



Sektionsleder

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

krb@sis.dk

Angiv mailadresse på din enheds postkasse:

sis@sis.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



Nej

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.

Københavns og Aarhus Universitet: Undervisning af tandlægestuderende i strålebeskyttelse

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:



Ja

Jeg er og har i de seneste år været delegeret til generalforsamling i Sygeforsikringen Danmark.

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:

25.10.2024
