**附件3**

科技成果转化关联披露承诺表

部门（科室）： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 转化项目名称 |  | |
| 项目负责人  及团队 |  | |
| 申请人和转化合作方是否有关联关系 | 是□ | 请具体说明有何关联关系： |
| 请具体说明有何关联关系，需签署利益关联承诺**(请手写，参考格式):**本人是经 费来源公司高管/股东/亲属关系/与经费来源公司有重要业务往来等关系，特此披 露。并承诺本次合作遵守医院相关规定，不违反科研诚信和学术道德，不损害医院的合法利益。**原则上不将医院科研经费拨入关联公司，确有需要向医院申请个案审批。**  所有完成人签字： |
| 否□ | 需承诺：合作企业及其关联企业与本课题组主要成员没有任何亲属(包括配偶、子女及其配偶、直系亲属及近亲属、配偶直系亲属及近亲属)等身份上和经济利益上的利害关系(包括但不限于实名股东、隐名股东、代持股份，以及股利分配、公司收入分配等利益上的利害关系)。如有上述关联关系的应主动向科研管理部门披露并配合尽职调查，确保合同签订和实施的公允性。如有故意实施关联交易未报备的，经查实按学术失范处理。**严禁将医院科研经费拨入关联转化合作公司。**  所有完成人签字： |