

# INTERESSENKONFLIKT-FORMULAR

Füllen Sie das Formular aus und schicken Sie es an [integridad@ahkchile.cl](mailto:integridad@ahkchile.cl). und Ihrer Kontaktperson bei der AHK Chile

## Ein Interessenskonflikt – was ist das?

Von einem Interessenskonflikt ist die Rede, wenn zwischen der AHK Chile und einem Dritten geschäftliche, verwandtschaftliche oder affektive Beziehungen bestehen, die einen Mangel an Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit vermuten lassen, welche wiederum die Interessen anderer Gesellschaftsmitglieder beeinträchtigen. Derartige Fälle erhöhen das Risiko, dass eine der involvierten Parteien direkt oder indirekt unangemessenen Nutzen aus der entsprechenden Beziehung zieht. Daraus ergibt sich eine Inkompabilität bezüglich einer Handlung bzw. Verhandlung zwischen der AHK Chile und dem Dritten.

## Gemäß den Bestimmungen des Ethik-Kodex und dieses Formulars für Interessenkonflikte sind folgende Angaben obligatorisch:

a) Erklärung zu Interessenkonflikten durch Partner/Dienstleister/Bieter. Alle potenziellen Partner/Dienstleister müssen das von ihrem gesetzlichen Vertreter unterzeichnete Formular „Erklärung zu Interessenkonflikten“ einreichen. Dieses Formblatt ist Bestandteil der für die Vergabe des Auftrags notwendigen Unterlagen.

b) Gültigkeit und Wahrhaftigkeit der Erklärung zu Interessenkonflikten. Das unterzeichnete Dokument ist ein Jahr lang gültig. Die in der Erklärung zu Interessenkonflikten gemachten Angaben müssen nach bestem Wissen und Gewissen des unterzeichnenden gesetzlichen Vertreters aktuell, korrekt und wahrheitsgemäß sein.

## 1. Arbeitet jemand, der mit Ihnen verwandt ist, derzeit bei der AHK Chile?

Name:

Position:

Beziehung:

## 2. Ist eine Ihnen nahestehende Person Mitglied des Verwaltungsrates oder der Geschäftsführung der AHK Chile?

Name:

Position:

Beziehung:

## 3. Ist eine mit Ihnen verwandte Person eine PEP (politisch exponierte Person) oder ein Beamter?

Ja      Nein

## 4. Gibt es weitere Interessenkonflikte, die Sie angeben möchten?

Ja      Bitte  
            spezifizieren:

Nein

Ich bestätige, dass die in diesem Formular gemachten Angaben nach meinem besten Wissen und Gewissen aktuell, korrekt und wahrheitsgemäß sind.

Name oder Firmenname:

RUT:

Name des gesetzlichen Vertreters :

RUT Rechtsvertreter:

Unterschrift:

Datum: