



Załącznik nr 2

# WZÓR

## Oświadczenie

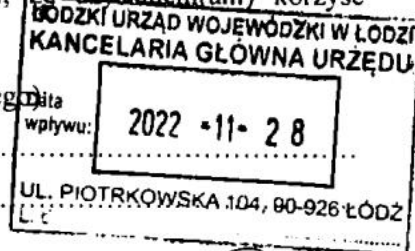
Ja, niżej podpisany(a), ..... KATARZYNA TALAR-ŁOJNA-BORSKA .....  
(imiona i nazwisko)

urodzony(a) .....

zamieszkały(a) .....

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) oświadczam, że ~~nie~~ uzyskałem(am) korzyść o wartości wyższej niż 412,06 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego) .....



w dniu ..... w postaci .....

2) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu produktem leczniczym, substancjami czynnymi i wykorzystywanymi jako materiały wyjściowe przeznaczone do wytwarzania produktów leczniczych, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

TAKEDA PHARMA  
WARSZAWA 00-838, UL. PROSTA 68

w dniu 16.11.2022 w postaci PRACOWNIK NA KANTO

U.DZIAŁ U SPOTKANIA ONLINE DLA PRACOWNIKÓW  
TAKEDA (DZIAŁ MSD) u dn. 22.11.2022. OMBUDSMAN  
MECHANIZMÓW DZIAŁANIA NOWYCH LECZEK U MSD.

3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....  
.....  
.....  
w dniu ..... w postaci .....

7

4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
.....  
.....  
.....

.....  
w dniu ..... w postaci .....

7

5) który złożył wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego albo uzyskał to pozwolenie lub złożył wniosek o wydanie pozwolenia na import równoległy produktu leczniczego albo uzyskał to pozwolenie (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
.....  
.....  
.....

.....  
w dniu ..... w postaci .....

7

6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
.....  
.....  
.....

.....  
w dniu ..... w postaci .....

7

- 7) posiadającego akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....  
.....  
.....  
w dniu ..... w postaci ..... 7

- 8) będącego współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....  
.....  
.....  
w dniu ..... w postaci ..... 7

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Łódź 23.11.2012  
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie gastroenterologii  
dla województwa łódzkiego  
Prof. dr hab. n. med. Rafał Ruda-Wojnarowska  
(podpis)