

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Dorota Pisarczyk-Wiza

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 uzyskałem(am) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

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

oprócz comiesięcznego wynagrodzenia w ramach pracy w Szpitalu im. Franciszka Raszei oraz w Poradni Gaja Poradnie Lekarskie **nie uzyskałam** żadnych innych, dodatkowych korzyści

.....
.....
.....
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):

- 08.06.2018 - Novo Nordisk Pharma Spółka z o.o.
- 13.06.2018 - PZWL Wydawnictwo Lekarskie Sp. z o.o.
- 20.06.2018 - Sanofi Aventis Sp. z o. o.

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

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

3) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego): **nie uzyskałam**.....
.....
.....
.....

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

4) 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): poza wynagrodzeniem wynikającym z udziału w wymienionych badaniach klinicznych (REWIND H9X-MC-GBDJ, CLAF 237A23156, EFC15081 - GEMELLI 1) **nie uzyskałam** żadnych, innych, dodatkowych korzyści
.....
.....
.....

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

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

6) 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): **nie uzyskałam**

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

.....
.....
7) 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): **nie uzyskałam**

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

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

.....
Poznań 21.06.2018

(miejscowość, data)

.....
D. Piarczyk
(podpis)

Dr. n. med. Dorota Piarczyk-Wiś
specjalista chorób wewnętrznych
i diabetologii
5471479