

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):

- ROCHE DIABETES CARE POLSKA SP.ZO.O. – wpływ na konto 12.01.2018
- ASTRAZENECA PHARMA POLAND SP.Z O.O.- wpływ na konto 15.01.2018
- G-PHARMA CONSULTING SP.Z O.O.- wpływ na konto 17.01.2018

- 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, CV 181-369) **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 wspólnikiem 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 25.01.2018

(miejscowość, data)

Łukasz Piernczyk-Więc

(podpis)