

P. Hoffmann
2018-03-07



WUW170581662

Załącznik nr 2

Oświadczenie

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

Wielkopolski Wojewódzki	
Urząd Wojewódzki	
Kancelaria Wojewody	
WYKONANIE	06.03.2018
WPUTRZĄD	

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):

-14.02.-17.02.2018 - Novo Nordisk Sp. z o.o. – sponsorowanie udziału w konferencji diabetologicznej - 11th International Conference on Advanced Technologies and Treatments for Diabetes (ATTD 2018) w Wiedniu

- 19.02.2018 : MSD Sp. z o.o.– przygotowanie opisu przypadku i nagranie pt. „Chory z cukrzycą typu 2 leczony metforminą i glimepirydem”.

3) 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

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

w dniu w postaci

-
.....
.....
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): poza wynagrodzeniem wynikającym z udziału w wymienionych badaniach klinicznych (REWIND H9X-MC-GBDJ, CLAF 237A23156, CV 181-369, Gemelli 1 EFC15081) **nie uzyskałam** żadnych, innych, dodatkowych korzyści
.....
.....
.....

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

w dniu w postaci

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): **nie uzyskałam**

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

8) 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.

Łódź 02.03.2018
.....
(miejscowość, data)

Dr. h. c. med. Dorota Piśarczyk-Wiza
specjalista chorób wewnętrznych
.....
(podpis)