



| | | |
|--|--------------|------------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Załącznik nr 2 KANCELARIA GŁÓWNA | | |
| WPEŁNIŁO DNIA | 25. 03. 2019 | WPEŁNIŁO DNIA |
| L.dz. | 46825/19 | 20 |
| zał. | | |

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Piotr Jurek (imiona i nazwisko)

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(-łam) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

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

| | | |
|--|--------------|------------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia | | |
| WPEŁNIŁO DNIA | 76. 03. 2019 | WPEŁNIŁO DNIA |
| L.dz. | 214 | |
| zał. | | |

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):

Phizer Incorperation,
Groton, CT, USA.

w dniu 15.03.2019 w postaci płatności w kadencji
Kliniczny MDV 3100-03

- 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

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

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

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

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

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

.....
.....
.....

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):

.....
.....
.....

w dniu w postaci

.....
.....
.....

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Poznań, 25.03.2019
(miejscowość, data)

6471481 Prof. UM. dr hab. n.med. Piotr Mił
specjalista radioterapii onkologicznej
specjalista medycyny paliatywnej
tel. 667 884 419
(podpis)

