

Załącznik nr 2

Wielkopolski Urząd Województwa w Poznaniu		
KANCELARIA GŁÓWNA		
WPLYNĘŁO DNIA	20. 11. 2018	WPLYNĘŁO DNIA
L.dz.		
zał.		

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

PIOTR

JAROSŁAW

(imiona i nazwisko)

MILECKI

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):

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

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):

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

w dniu w postaci

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

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

①. Wykład w trakcie spotkania naukowego - w
dn (17.11.2018r) - wynagrodzenie
f-ma 90 Consulting Sp. z o.o., ul. Bagatela 10 L.28.
w dniu 17.11.2018r. w postaci 00-585 Warszawa.

②. Wykład w trakcie spotkania naukowego w dn.
17.11.2018r - wynagrodzenie.
f-ma 90 Consulting Sp. z o.o., ul. Bagatela 10 L.28.
NIP: 701-059-90-02, 00-585 Warszawa.

- 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 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

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

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

Poznań, 20.11.2018 r.

(miejscowość, data)

047148 Prof. DM. dr hab. n.med. Piotr M.B. ...
specjalista radioterapii onkologicznej
specjalista medycyny paliatywnej
tel. 607-608-142 (podpis)

