



8 k. 16/1000  
2019-IV-23

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELANIA GŁÓWNA		
WPLYNEŁO DNIA	19. 04. 2019	WPLYNEŁO DNIA
L.dz.	61 879 / 19 20	
zał.		

WZÓR

Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
WPLYNEŁO DNIA	23. 04. 2019	WPLYNEŁO DNIA
L.dz.	61 12 2019	
zał.		

Załącznik nr 2

Ja, niżej podpisany(-na),

*Robert 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):

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

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):

90 Consulting sp. z o.o.  
ul. Bagatela 10/28, 00-585 Warszawa,

w dniu 13.04.2019 w postaci

przygotowanie i  
wygotowanie umów z Rak Steven N.M.  
Honorarium ze ww.

- 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.

Pomara, 13.04.2019 r.  
(miejscowość, data)

0471481 Prof. dr hab. n. med. Piotr Milecki  
specjalista radioterapii onkologicznej  
specjalista medycyny paliatywnej  
tel. 617 (podpis) 42

