



\*WUW190079966\*

20-IV. P62. 21. 2019 P. II.

K. Hoffmann

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Paweł Gut

|   |              |                  |
|---|--------------|------------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki<br>w Poznaniu |              |                  |
| KANCELARIA GŁÓWNA                           |              |                  |
| WPLYNĘŁO<br>DNIA                            | 29. 03. 2019 | WPLYNĘŁO<br>DNIA |
| L.dz.                                       | 49 617/19    |                  |
| zał.  |              |                  |

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):  
NOVARTIS POLAND SP. Z. O. O.  
w dniu 21.03.2019 w postaci 3000 PLN  
PRZYGOTOWANIE PREZENTACJI PT; ZASTOSOWANIE SANDOSTATIN LAR W LECZENIU NOWOTWORÓW  
NEUROENDOKRYNNYCH
- 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):

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

- 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 21.03/2019  
.....  
(miejscowość, data)

.....  
7710290 (podpis)  
Dr hab. med. Paweł Gut  
Specjalista chorób wewnętrznych  
medycyny nuklearnej  
ENDOKRYNOLOG