

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Gina Zetzelwate
(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):

Oddział Otolaryngologii i Audiologii - Tomasz Drwaj
Wojewódzki Szpital Drwaj im. J. Budzkiego w Bydgoszczy
- apokryficzny XX Dni Otolaryngologii Drwaj
 w dniu 8-10.06 w postaci opłaty białkowej i kosztów
hotelu 2017 zamiennym z prośbą o skierowanie
(odpust w/w oddziału i busa apokryf)
o przygotowanie i wyproszenie wyjazdu
w/w konferencji.

- 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

ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI W ŁÓDZI	
KANCELARIA	
Data wpływu:	2017-09-22
UL. PIOTRKOWSKA 104, 90-926 ŁÓDŹ	
L. dziennika	

- 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.

Lodzi 7.09.2017

(miejscowość, data)

oświadczenie oświadczenie
 że wyżej wymienione dane
 40 letni mężczyzna wykształcenie
 z zawodu lekarz
 wydane

KIEROWNIK
 Kliniki Otolaryngologii, Audiologii
 i Foniatry Dziecięcej
 i Medycyny Rodzinnej
 Wydziału Medycznego w Łodzi

Dr hab. n. med. Anna Zakrzewska
 Profesor IIM w Łodzi

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
 w dziedzinie otolaryngologii dziecięcej
 dla województwa łódzkiego

Dr hab. n. med. prof. nadzw. Anna Zakrzewska