

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014 r. (poz. 1207)

Załącznik nr 1

WZÓR

Oświadczenie



Ja, niżej podpisany(-na),

JOANNA SAMANTA MAKOWSKA

(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:

- 1) jestem/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać jakich):

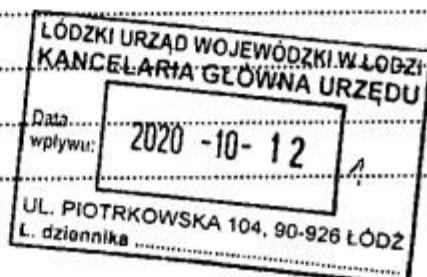
1) ALEX MAKOWSKA I WSPOLNICY SP. JAWNA
KRS: 0000 099 592 NIP: 726 266 8446
UL. DR. BIEGAŃSKIEGO 24, 91-473 ŁÓDŹ

2) JEDNOSPŁAWA KLINICZNA GOSPODARZA

JOANNA MAKOWSKA REUMATOLOGIA NIP: 726 228 8436

- 2) jestem/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących 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 jakich):

- 3) jestem/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać jakich):



- 4) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać jakich):
-
-
-
-
- 5) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców, którzy złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie lub złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na import równoległy produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie (jeżeli tak, to wskazać jakich):
-
-
-
-
- 6) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców, którzy są wytwórcami, importerami, autoryzowanymi przedstawicielami lub dystrybutorami wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać jakich):
-
-
-
-
- 7) ~~posiadam~~/nie posiadam* 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 w jakich):
-
-
-
-
- 8) ~~jestem~~/nie jestem* wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać w jakich):

SALIX MAKOWSKA I WSPÓLNICY SP. JAWNA

- 9) wykonuje/nie wykonuje* działalność gospodarczą w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jaką):

1) AALIX MAKOWSKA I WSPOLNICY sp. JAWNA

2) JEONOOPOBOWA DWAT. 608P. J. MAKOWSKA REHABILITACJA

- 10) wykonuje/nie wykonuje* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem wykonującym działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

1) USK im. NAM-CON, UL. ZEROM SKIEGO 113, 90-548 ŁÓDŹ (S. PRACU)

2) ACCORD HEALTHCARE POLSKA sp. z o.o., UL. TASMOWA 7
02-677 WARSZAWA NA KWOTĘ 1768,95 PLN

(STOWNIE: JEDEN TYSIĄC SIEDMIET SIEŚC DZIESIAT DZIEWIĘĆ 95/100)

- 11) wykonuje/nie wykonuje* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem posiadającym akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o których mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

- 12) wykonuje/nie wykonuje* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem będącym współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

- 13) jestem/nie jestem* członkiem organów lub pracownikiem podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (jeżeli tak, to wskazać jakich):

UNIWERSYTET MEDYCANY W ŁÓDZI
AL. T. KOŚCIUSZKI 9, 90-418 ŁÓDŹ

- 14) **przewadzę/nie prowadzę*** badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96, poz. 615, z późn. zm.), które są finansowane przez podmiot wykonujący działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....

.....

.....

.....

- 15) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 14, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 14 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

..... 7

.....

.....

.....

- 16) **przewadzę/nie prowadzę*** badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki, które są finansowane przez podmiot posiadający 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 jakie i dla jakiego podmiotu):

.....

.....

.....

.....

- 17) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 16, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 16 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

..... 7

.....

.....

.....

- 18) ~~prowadzę~~/nie prowadzę* badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki, które są finansowane przez podmiot będący współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....

.....

.....

.....

- 19) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 18, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 18 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

.....

..... 7

.....

.....

- 20) ~~prowadzę~~/nie prowadzę* badania kliniczne w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.) (jeżeli tak, to wskazać jakie):

.....

.....

.....

.....

- 21) wykonuję/nie wykonuję* zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu wykonującego działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....

..... 7

.....

.....

- 22) ~~wykonuję~~/nie wykonuję* zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu 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 jakie i dla jakiego podmiotu):

.....

.....

.....

.....

- 23) ~~wykonuje~~/nie wykonuje* zadania opiniotawcze i doradcze dla podmiotu będącego współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....

.....

.....

.....

- Niepotrzebne skreślić.

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

Łódź 8.10.2020

(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie reumatologii
dla województwa łódzkiego

dr hab. n. med. Jolanna Makowska

(podpis)



WSPARCIE UCZESTNICTWA W WYDARZENIU
/SUPPORT TO ATTEND TO AN EVENT

(Wszystkie pola są wymagane/ All fields are mandatory)

Firma/ Company	Spółka Accord/ Accord Company	ACCORD HEALTHCARE POLSKA SP. Z O.O.
	Siedziba/ Registered office	Ul. Taśmowa 7, 02-677 Warszawa / Taśmowa Street 7, Warsaw
Uczestnik/ Attendee	Imię i nazwisko/ Name and surname	JOANNA MAŁOWSKA
	Numer dowodu lub paszportu/ ID or Passport no.	ATH 43 10 68
	Adres/ Address	WMCIECZUO 4A, 66 81-518 TÓDZ
Wydarzenie Strony Trzeciej/ Third Party Event	Typ pracownika służby zdrowia/ Type of healthcare professional (HCP)	<input checked="" type="radio"/> Lekarz/ Doctor <input type="radio"/> Farmaceuta/ Pharmacist <input type="radio"/> Inny/Other
	Nazwa wydarzenia/ Name of the Event	ACR 2020
	Rodzaj wydarzenia/ Type of Event	<input type="radio"/> Konferencja/ Conference <input checked="" type="radio"/> Kongres/ Congress <input type="radio"/> Inny rodzaj/ Other type
	Data wydarzenia/ Date(s) of the Event	05-09 LISTOPADA 2020 WASHINGTON - ON-LINE
	Miejsce wydarzenia/ Place of the Event	
	Organizator wydarzenia/ Event Organiser	ACR

gm



Przedmiot wydarzenia/
Content of the Event

- ☐ Scientific Information/Informacje naukowe
☒ Medical Information/Informacje medyczne
☐ Professional Information/Informacje profesjonalne

(Poniższe informacje powinny być wypełnione, **wyłącznie** gdy Uczestnik jest lekarzem/ The below information to be completed **only** if the Attendee is a doctor/)

Obszar terapeutyczny/
Therapeutic Area

REUMATOLOGIA

Czy jest to obszar terapeutyczny, z obecnej praktyki pracownika służby zdrowia?/ Is it a therapeutic area in which the HCP currently practices?

☒ Tak (w innym przypadku, Accord nie może wesprzeć pracownika służby zdrowia)/Yes (otherwise, Accord cannot support the HCP)/

Czy obszar terapeutyczny powiązany jest bezpośrednio z Accord?/ Is it a therapeutic area directly related to Accord?/

☒ Tak (w innym przypadku, Accord nie może wesprzeć pracownika służby zdrowia)/ Yes (otherwise, Accord cannot support the HCP)/

Opłata rejestracyjna/Registration fee

☒ Yes ☐ No
EUR/GBP

455 USD / 1769,95 PLN

Podróż/ Travel

☐ Yes ☒ No
EUR/GBP

Zakwaterowanie/
Accommodation

☐ Yes ☒ No
EUR/GBP

Wszystkie płatności należy kierować bezpośrednio do odpowiedniego dostawcy. Płatności nie można dokonać na rzecz uczestnika./ All payments shall be directly made to the relevant provider. Payments cannot be made to the attendee.

Uczestnik/ The Attendee:

☒ **Wyraża zgodę** na ujawnienie przez Spółkę wszelkich informacji dotyczących transferu korzyści dokonanych przez Firmę na rzecz Uczestnika w związku z Wydarzeniem (w tym jego imienia i nazwiska), pod warunkiem, że takie ujawnienie jest zgodne z wszelkimi kodeksami postępowania stowarzyszeń, do których należy firma i / lub członkowie grupy./ **Consents** to the disclosure by the Company of any information relating to the transfers of value made by the Company to the Attendee

ym

in relation to the Event (including his/her name and surname), provided that such disclosure is made in compliance with any codes of conduct of associations to which the Company and/or group members belong./

- ☐ **Nie wyraża zgody** na ujawnienie przez Spółkę jakichkolwiek informacji dotyczących transferu korzyści dokonanego przez Firmę na rzecz Uczestnika w związku z Wydarzeniem./ **Does not consent** to the disclosure by the Company of any information relating to the transfers of value made by the Company to the Attendee in relation to the Event.

Zgodnie z Ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych („RODO”), Uczestnik zostaje poinformowany, że:

- (i) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Accord Healthcare Polska sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Taśmowej 7; 02-677 Warszawa (dalej jako „Accord, „Firma” lub „Administrator”).
- (ii) Z Administratorem można się skontaktować poprzez adres email: EMENA_compliance@accord-healthcare.com lub pisemnie na adres siedziby Administratora: Accord Healthcare Polska Sp. z o.o., ul. Taśmowa 7, 02-677 Warszawa, Polska.
- (iii) Firma będzie przetwarzać Pani/Pana dane osobowe zawarte w niniejszym dokumencie („Dane osobowe”) tak długo, jak to możliwe i tak długo, jak będzie to konieczne do: (a) wspierania Uczestnika w uczestnictwie w Niezależnym Wydarzeniu (podstawa prawna, która umożliwia takie przetwarzanie, to realizacja zobowiązań umownych Spółki wobec Uczestnika wynikających z niniejszego Formularza- art. 6 ust. 1 lit. b RODO); (b) w celu wypełnienia wymagań compliance nałożonych na Administratora, w tym wynikających z wiążących Accord kodeksów branżowych stowarzyszeń, do których Accord i/lub członkowie Grupy Accord przynależą, i polegających na ujawnieniu przez Accord zagregowanych danych wynikających z umów z kontrahentami, na podstawie których dochodzi do transferu korzyści, a w przypadku wyrażenia zgody w części „Transfer Korzyści” niniejszego formularza – także danych dotyczących indywidualnego Uczestnika - podstawą prawną przetwarzania jest uzasadniony interes Administratora polegający na spełnieniu wymagań compliance przez Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO); oraz (c) ze wypełnienie wszelkich zobowiązań prawnych, którym podlega Spółka (podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO); (d) w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora polegającego na ustaleniu lub dochodzeniu ewentualnych roszczeń lub obronie przed takimi roszczeniami przez Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
- (iv) Dane Osobowe nie zostaną przekazane żadnej stronie trzeciej, chyba że będzie to wymagane przez prawo (w takim przypadku Firma przekaże tylko te dane, do których jest bezwzględnie zobowiązana) lub jeśli Uczestnik wyrazi na to uprzednią zgodę aby to zrobić. Nie ma to wpływu na komunikację z dostawcami usług Spółki (jeśli tacy istnieją), którzy będą przetwarzać Dane Osobowe jako podmioty przetwarzające dane. Jeśli tacy dostawcy znajdują się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, w kraju, który nie zapewni odpowiedniego poziomu ochrony danych, Firma zapewni odpowiednie zabezpieczenia gwarantujące Uczestnikowi egzekwowalne prawa i skuteczne działania prawne.
- (v) Pani/Pana będą przechowywane przez okres trwania umowy pomiędzy Administratorem a Panią/Panem oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji: związanej z jej wykonaniem, ustalonym zgodnie z odrębnymi przepisami. W przypadku wypełnienia wymagań compliance nałożonych na Administratora, o których mowa w pkt. III b), dane będą przechowywane przez okres 3 lat od ujawnienia raportu za ubiegły rok kalendarzowy. Okres przetwarzania może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie niezbędne dla ustalenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń przez Administratora lub obrony przed takimi roszczeniami zgłaszanymi wobec Administratora. Po tym okresie dane będą przetwarzane jedynie w zakresie i przez czas wymagany przepisami prawa.

Ochrona
danych/
Data
Protection



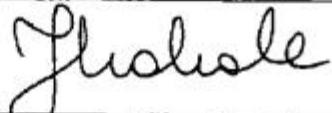


- (vi) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych, uzyskania ich kopii oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
- (vii) Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani/Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia.
- (viii) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu względem przetwarzania danych osobowych w celach określonych w pkt iii c) i d) powyżej, z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją.
- (ix) Podanie danych jest wymagane przez Administratora w celu wsparcia uczestnictwa Uczestnika w Niezależnym wydarzeniu, a brak ich podania będzie skutkował niemożnością wykonania dalszych działań pod stroną Administratora.

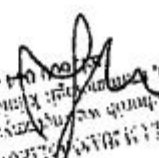
In accordance with the General Data Protection Regulation ("GDPR"), the Attendee is informed that:

- (i) The Controller of your personal data is Accord Healthcare Polska sp. z o. o. with its registered office in Warsaw at Taśmowa Street 7; 02-677 Warszawa (hereinafter referred to as "Accord," Company "or" Controller ").
- (ii) The Controller can be contacted via the e-mail address: EMENA_compliance@accord-healthcare.com or in writing to the address of the Administrator's seat: Accord Healthcare Polska Sp. z o.o., Taśmowa Street 7, 02-677 Warsaw, Poland.
- (iii) The Company will process your personal data contained in this document ("Personal Data") for as long as possible and for as long as necessary to: (a) support the Attendee in participating in the Independent Event (legal basis which enables such processing is the performance of the Company's contractual obligations towards the Attendee resulting from this Form - Article 6 (1) (b) of the GDPR); (b) in order to meet the compliance requirements imposed on the Administrator, including those resulting from the binding Accord codes of industry associations to which Accord and / or members of the Accord Group belong, and consisting in Accord disclosure of aggregated data resulting from contracts with contractors under which there is a transfer of benefits, and in the case of consent in the "Transfer of Value" part of this form - also data regarding an individual Attendee- the legal basis for processing is the legitimate interest of the Controller consisting in meeting compliance requirements by the Administrator (Article 6 (1) (f) of the GDPR); (c) for the fulfillment of all legal obligations to which the Company is subject (the legal basis for processing is the legal obligation incumbent on the Controller (Article 6 (1) (c) of the GDPR); (d) in order to implement the Controller's legitimate interest in determining or pursuing possible claims or defending against such claims by the Controller (art. 6 sec. 1 letter f of GDPR).
- (iv) The Personal Data will not be transferred to any third party, unless it is mandatory by law (in which case the Company will only communicate the data that it is strictly obliged to) or if the Attendee has given his/her prior consent to do so. This is without prejudice to the communication to the Company's services providers (if any) that will process the Personal Data as data processors. If such providers are located outside the European Economic Area, in a country not ensuring an adequate level of data protection, the Company will provide adequate safeguards that guarantee that the Attendee has enforceable rights and effective legal actions.
- (v) Your data will be kept for the duration of the contract binding Attendee and the Controller and during the mandatory period of storing documentation related to its performance, determined in accordance with separate provisions. In the case of fulfilling the compliance requirements imposed on the Controller, referred to in point iii b), the data will be kept for a period of 3 years from the disclosure of the report for the previous calendar year. The processing period may be extended each time by the limitation period for claims, if the processing of your personal data will be necessary to establish or pursue any claims by the Administrator or to defend against such claims filed against the Administrator. After this period, the data will be processed only to the extent and for the time required by law.
- (vi) You have the right to access your data, obtain a copy of it and the right to request its rectification, removal or restriction of its processing.



Zobowiązanie Uczestnictwa/ Attendance Commitment	<p>(vi) You also have the right to lodge a complaint with the supervisory authority dealing with the protection of personal data in the Member State of your habitual residence, place of work or place of the alleged infringement.</p> <p>(vii) You have the right to object to the processing of personal data for the purposes set out in points iii c) and d) above, for reasons related to your particular situation.</p> <p>(ix) Providing data is required by the Administrator in order to support the Attendee's participation in an Independent event, and failure to provide them will result in the inability to perform further actions by the Controller.</p>	
	<p>Uczestnik zobowiązuje się do wzięcia udziału w Wydarzeniu oraz, w miarę możliwości, do uzyskania od Organizatora i dostarczenia do Spółki zaświadczenia o uczestnictwie. W przypadku, gdy Organizator nie dostarczy żadnego zaświadczenia o obecności, na żądanie Spółki, Uczestnik w inny sposób udowodni, że był obecny na Wydarzeniu./The Attendee commits to attend to the Event and, where possible, to obtain from the Organiser and deliver to the Company a certificate of attendance. If the Organiser does not provide any kind of attendance certificate, upon the Company's request, the Attendee shall otherwise prove that he/she has attended to the Event.</p>	
	Podpisano w imieniu Spółki/ Signed on behalf and in the name of the Company/	Podpisano przez Uczestnika/Signed by Attendee
		
	Stanowisko/Name: Position:	Imię i Nazwisko/Name: JOANNA MAŁOWSKA

28.05.2020


8229659
SAP 110 100 100
SAP 110 100 100
SAP 110 100 100
SAP 110 100 100

