



Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), LENATA TALAN - WOJNAROWSKA
(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(am) korzyść o wartości wyższej niż 412,06 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):

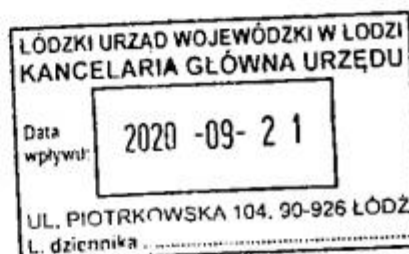
..... Janissen - Ulag Polska Sp. z o.o.
..... Warszawa W. J. Stacha 24 02-135 Ucie

w dniu 08.09.2020 w postaci

..... opłata rejestracyjna - kursisty on-line

..... Warsaw Live Endoscopy 2020 02-03.10.2020

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....Łódź 14.08.2020.....
(miejscowość, data)

świadczenia.

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie gastroenterologii
F. dla województwa łódzkiego

[Podpis]
dr hab. n. med. Ryszard Wójcicki

(podpis)