



w dniu 4.08.2017

w postaci

UMOWA SPONSORINGU PRACOWNIA OPIEKI ZDROWOTNEJ  
KOSZTULECOW I OPATIZYMOJ

3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

z

w dniu

w postaci

4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

z

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):

z

w dniu .....

w postaci

2

6) który jest wytwórcą, importерem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

2

w dniu.....

w postaci

2

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):

2

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):

2

w dniu .....

w postaci

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

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

Prof. dr hab. n. med. Marcin Trzczyński  
specjalista pediatria  
nefrolog dziecięcy i nefrolog immunolog  
5389047  
tel. kom. 502 651 132

4.08.2017

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)