



RPU/99645/2019 P  
Data: 2019-08-05  
ID: 00890204396347



RPU/134992/2019 P  
Data: 2019-06-19

MINISTERSTWO ZDROWIA

2019-08-05

WPLYNEŁO

Dep. *LM* Zaświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

*Marcin Maciej KURAWSKI*

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):

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):

*Astra Zeneca Pharma Poland sp. z o.o.*  
*02-676 Warszawa, ul. Postępu 14*

w dniu *06.06.2019* w postaci *Honorarium za wykonanie*  
*wykładu pt. "Wybrane leczenie astmy oddechowej GINA.*  
*Czy są znane? Czy są sławne" oraz prezentacji*  
*przypadku klinicznego.*



SC(P)/8713/2019  
ID: 00230300272514

ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI W ŁÓDZI  
KANCELARIA GŁÓWNA URZĘDU

Data wpływu: 2019-06-19

UL. PIOTROWSKA 10 I, 50-926 ŁÓDŹ  
L. dzień

- 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.

*Łódź 17.06.2019*  
.....  
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie alergologii  
dla województwa łódzkiego  
*dr hab. n. med. Marcin Kurowski*  
.....  
(podpis)

