

W związku z ustaleniem w art. 9 ust. 1 pkt 3 ustawy budżetowej na rok 2020 z dnia 14 lutego 2020 r. (Dz. U. poz. 571) waloryzacji o prognozowany średnioroczny wskaźnik wzrostu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej w wysokości 106,0%, kwota, o której mowa w art. 8d ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 886), w roku 2019 wynosi 402,80 zł.

Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), SEADOMIR JABŁOŃSKI
(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):

w dniu w postaci

| | |
|----------------------------------|----------------|
| ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI W ŁÓDZI | |
| KANCLARIA GŁÓWNA URZĘDU | |
| Data wpływu: | 2020 -12- 03 1 |
| 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):

MEDTRONIC COVIDIEN AG

w dniu 25.11.2020 w postaci Zapytania za przewoźnik
Wrocławski Związek Ogólny - Ubezpieczeniowy Związek
Wrocławski Związek Ogólny - Ubezpieczeniowy Związek
- Kancelia w Jeleniej Górze 26.12.50 PLN

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):

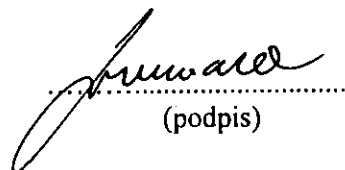
w dniu w postaci

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(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Edp 25.11.2020
(miejscowość, data)


(podpis)