



Oświadczenie

Załącznik nr 2



Ja, niżej podpisany(-na), Rafał , Andrzej Sapuła

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 890) oświadczam, że uzyskałem korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

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):

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

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

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):

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

Firma Medtronic Poland sp z o.o.,

w dniach 10 – 13.01.2019r. w postaci opłacenia kursu ITB Therapy for Spasticity „How to manage the patients” zorganizowanego w Leuven, w Belgii, opłacenia przelotu samolotem na trasie Warszawa – Bruksela – Warszawa oraz noclegów

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):

8) będącego współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1–6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

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

Zamiesz: 21.01.2019 ✓

(miejscowość, data)

(podpis)

dr. n. med. RAFAŁ SAPUŁA

Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej