



RPW/152414/2022 P
Data: 2022-09-06
ID: 00890209929789



Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),Jerzy Robert Ładny.....
(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 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):

.....Berlin-Chemie / Menarini Polska Sp. z o.o., Słomińskiego 4, 00-204 Warszawa

.....
w dniu ...26-29.08.2022r..... w postaci ... pokrycia kosztów uczestnictwa w Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Barcelonie w następujących kwotach ;

1. Fee (uczestnictwo) – 3670,00

2. Noclegi – 4081,14

3. Przelot – 1750,00

Razem 9501,14 zł

-
.....
- 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(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Białystok, 2022-09-01

(miejscowość, data)

prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny

KONSULTANT KRAJOWY
ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ

(podpis)

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
W BIAŁYMSTOKU
I KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ
I ENDOKRYNOLOGICZNEJ
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
tel. 85 831-86-72, tel./fax 85 831-86-20
NIP 848-28-34-999, REGON 000288810

OPLATA POBRANA
TAXE PERÇUE-POLOGNE
Umowa nr 200/MH/B/05 (CP RH1-1)
z Poczta Polska S.A. z dnia 20.12.2005 r.
Nadany w PP Białystok B102

POLECONY



R

(00)159007734266459460



(00)159007734266459460

(00)159007734266459460



Poczta Polska

Oplata pobrana _____ zł _____ gr

2022

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

bx