

MINISTERSTWO ZDROWIA

2022 -10- 14

WPLYNEŁO

Dep. *pk* .....Zat. *1* .....

  
RPW/174961/2022 P  
Data: 2022-10-14  
ID: 00890210145980

**WZÓR**

**Oświadczenie**

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

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):

.....HAMMERMED MEDICAL POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ S.K.A UL.DR.STEFANA KOPCIŃSKIEGO 69/71 90-032  
ŁÓDŹ

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

w dniu ...10.10.2022r..... w postaci ...10000,00 zł netto.....

za opracowanie i przedstawienie 2 referatów pt. Czas na REBOA – nową erę w leczeniu krwawienia  
wewnętrznego przedstawionych podczas VIII KONFERENCJI NAUKOWEJ  
SYSTEMY RATOWNICZE A BEZPIECZEŃSTWO CYWILNE I WOJSKOWE

EDYCJA 2022, Wrocław, 29-30.09.2022r i IV Śląskie Dni Medycyny Stanów Nagłych w dn.  
30.09-02.10.2022r. w Wiśle

- .....
- .....
- 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, 2022-10-11

.....  
(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 542-25-34-985, REGON 000288610

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

**POLECONY**



R

(00)159007734266803294



(00)159007734266803294

(00)159007734266803294



Poczta Polska

Oplata pobrana \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

2022

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa