



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):

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

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

w dniu ...04.10.2022r..... w postaci ...5000,00 zł netto.....

za opracowanie i przedstawienie referatu pt. Czas na REBOA – nową erę w leczeniu krwawienia
wewnętrznego przedstawionego podczas Interdyscyplinarnego Forum Bezpieczeństwa Pacjenta,
Kraków 15-17 września 2022 roku

.....
.....

- 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

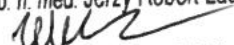
.....
.....

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Białystok, 2022-10-06

.....
(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 PC Białystok 9102



POLECONY

R

(00)159007734266799092



(00)159007734266799092

Poczta Polska

Opłata pobrana _____ zł _____ gr

2022

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

20