

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na). **Anetta Lasek-Bal**

(imiona i nazwisko)

PUNKT 1

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(-łam) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

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

- PHARM RESEARCH ASSOCIATES (UK) LTD PRA (UK) LTD. MITRE HOUSE 160 ALDERSGATE STREET LONDON EC1A 4DD

Korzyść otrzymałam w dniu 19.11.2020r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty

- Pfizer Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Żwirki i Wigury 16B, 02-092 Warszawa,

Korzyść otrzymałam w dniu 26.11.2020r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty

- EVER PHARMA POLAND SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ UL. ADOLFA DYGAŚIŃSKIEGO 31 01-603
WARSZAWA

Korzyść otrzymałam w dniu 28.11.2020r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty

- MIDMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ UL. STARA KŁODNICKA 50 40-701 KATOWICE

Korzyść otrzymałam w dniu 30.11.2020r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty

- KIMZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ UL. WOJSKA POLSKIEGO 7 05-850 MACIERZYSZ

Korzyść otrzymałam w dniu 01.12.2020r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty

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

.....

.....

.....

- 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):

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

Katowice, 01.12.2020r.

(miejscowość, data)

Konsultant Wojewódzki
NEUROLOGIA
dr hab. n. med. Anetta Lasota prof. SUM

.....
(podpis)