



Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), TOMASZ MATUSZEWSKI

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:

1) ~~jestem~~/~~nie jestem~~* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać jakich):

POLSKIE TOWARZYSTWO ALERGOLOGICZNE

2) ~~jestem~~/~~nie jestem~~* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu produktem leczniczym, substancjami czynnymi i wykorzystywanymi jako materiały wyjściowe przeznaczone do wytwarzania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać jakich):

NIE JESTEM

3) ~~jestem~~/~~nie jestem~~* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać jakich):

NIE JESTEM

4) ~~jestem~~/~~nie jestem~~* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać jakich):

NIE JESTEM

5) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców, którzy złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie lub złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na import równoległy produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....
.....
NIE JESTEM
.....
.....

6) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców, którzy są wytwórcami, importerami, autoryzowanymi przedstawicielami lub dystrybutorami wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....
.....
NIE JESTEM
.....
.....

7) ~~posiadam~~/nie posiadam* 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 w jakich):

.....
.....
NIE POSIADAM
.....
.....

8) ~~jestem~~/nie jestem* wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1–6 (jeżeli tak, to wskazać w jakich):

.....
.....
NIE JESTEM
.....
.....

9) wykonuje/~~nie wykonuje~~* działalność gospodarczą w zakresie, o którym mowa w pkt 1–6 (jeżeli tak, to wskazać jaką):

WYKONUJE – W RAMACH INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W MIEJSCU WEZWANIA ORAZ REALIZOWANYCH PODUMÓW MOJEJ DZIAŁALNOŚCI Z:

NZOZ OPTIMA GRODZISK MAZOWIECKI, CENTRUM MEDYCZNE PUŁAWSKA, MEDIQ LEGIONOWO, PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO NIEPORĘT, CENTRUM MEDYCZNE PRO-MED. - WOŁOMIN, HADMEDICA WARSZAWA/KOBYŁKA, DERMATOLOGIA I MEDYCYNĄ ESTETYCZNA DR NINA WIŚNIEWSKA WYSZKÓW, GABINET OSTRÓW MAZOWIECKA I PŁOŃSK, PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA „ŻYCIE” NOWY DWÓR MAZOWIECKI, MD CLINIC WARSZAWA, MML WARSZAWA, GOLDEN MED. SEROCK, PLATFORMA DOCTOR ONE POLSKA OKRESOWO REALIZOWANE WYKŁADY/ SZKOLENIA (ZAWIERANE OSOBNE UMOWY JEDNORAZOWE)

Umowa o dzieło moje ISPL z CSL BEHRING Spółka z o.o. „wykład” w dn. 03-01-2023”

Umowa o dzieło moje ISPL z CSL BEHRING Spółka z o.o. „wykład” w dn. 03-03-2023 oraz 16-03-2023”

Umowa o dzieło moje ISPL z Takeda Pharma „wykład” w dn. 13-04-2023

Umowa o dzieło moje ISPL z UNIQUE WORK Spółką Akcyjną „wykłady” 27-04-2023r

Umowa o dzieło moje ISPL z UNIQUE WORK Spółką Akcyjną „wykłady” 25-05-2023r

10) wykonuje/~~nie wykonuje~~* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem wykonującym działalność, o której mowa w pkt 1–6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY WARSZAWA

Umowa o współpracy z firma NEKK Sp z o o. z siedzibą w Poznaniu dotycząca „program edukacyjny dla pacjentów z Astma i POCHP”

Udział w XII Międzynarodowym Sympozjum Alergii na Pokarmy w Bydgoszczy na podstawie umowy z firmą z CSL BEHRING Spółka z o.o.

Umowa cywilnoprawna z CSL BEHRING Spółka z o.o. „wykład” w dn. 28-04-2023

Umowa cywilnoprawna z CSL BEHRING Spółka z o.o. „wykład” w dn. 26-05 i 9-06 2023

Uczestnictwo i wygłoszenie wykładu w związku z aktywnościami naukowymi w sesjach PTA w trakcie 15 Konferencji Szkoleniowej organizowanej przez PTA w dniach 17/20 05 2023

11) ~~wykonuje~~/~~nie wykonuje~~* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem posiadającym akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1–6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o których mowa w pkt 1–6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

.....

NIE WYKONUJE

.....