



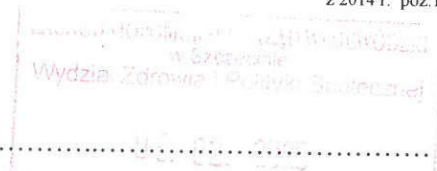
RPW/26179/2025
Data: 2025-02-05

WPS-1 K. Postawa
(treść deklaracji)
Dekretacja zgodna z
2025-02-06
dokonana dnia
[Signature]

Załącznik nr 2
do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014 r.
w sprawie wzorów oświadczeń
składanych przez konsultantów
w ochronie zdrowia (Dz. U.
z 2014 r. poz.1207)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),Elżbieta Monika Petriczko.....



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):

umowa z firmą Sandoz Polska sp z o.o z siedziba w Warszawie, ul. Domaniewska 50 C NIP: 534-000-20-64 podpisana

w dniu 29. 01.2025 w postaci

Przygotowanie opracowania medycznego (raportu) 5-10 stron na temat miejsca rhGH (somatropiny) w leczeniu zespołów Noonan, SHOX i ISS (idiopatyczny niski wzrost).

Raport będzie przekazany

do 31.03.2025 do właściwego pracownika Sandoz. Raport będzie wykorzystany na użytek wew. firmy Sandoz.

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
.....
.....

- 2) 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
.....
.....

- 3) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

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

w dniu w postaci
.....
.....

- 4) 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
.....
.....

- 5) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
.....
w dniu w postaci

- 6) 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

- 7) 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.

Szczecin 05.02.2025
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
dla obszaru województwa zachodniopomorskiego
w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej

(podpis)

dr hab. n. med. Elżbieta Petriczko