



RPW/152819/2016 P  
Data: 2016-09-20

Łódź, dnia 19 września 2016 r.

Bożena Adamkiewicz  
Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie neurologii  
dla województwa łódzkiego

Łódzki Urząd Wojewódzki  
w Łodzi  
Wydział Polityki Społecznej  
Oddział Zdrowia Publicznego  
ul. Piotrkowska 104  
90-926 Łódź

Zgodnie z rozporządzeniem 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), składam oświadczenia obejmującego załącznik nr 1 przytoczonego rozporządzenia.

*Bożena Adamkiewicz*

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie neurologii  
dla województwa łódzkiego  
dr n. med. Bożena Adamkiewicz

ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI W ŁÓDZI	
KANCELARIA	
Data wpływu:	2016 -09- 20
UL. PIOTRKOWSKA 104, 90-926 ŁÓDŹ	
L. dziennika .....	

## **Załącznik nr 1**

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 podpisana,

**Bożena Agata Adamkiewicz**

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):  
.....  
.....
- 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, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać jakich):  
.....  
.....
- 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):  
.....  
.....
- 4) **jestem/nie jestem\*** członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak to wskazać jakich):  
.....  
.....

*BA*

- 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):  
.....  
.....
- 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):  
.....  
.....
- 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):  
.....  
.....
- 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):  
.....
- 9) **wykonuję/nie wykonuję\*** działalność gospodarczą w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jaką):  
.....  
.....
- 10) **wykonuję/nie wykonuję\*** 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):
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika , 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62,
  - Pulsmedica Sp. z o.o. 93-509 Łódź, ul. Paderewskiego 6,
  - NZOZ Szczer-Med. 95-050 Konstantynów Łódzki, ul. Jana Pawła II, 8a,
  - Boehringer Ingelheim Marketing Sp. z o. o. 02-675 Warszawa, ul. Wołowska 5,
  - AstraZeneca Poland Sp. z o.o. 02-676 Warszawa, ul. Postępu 18,
  - Novartis Poland Sp. z o.o. 02-674 Warszawa, ul. Marynarska 15,
  - Neuromedica Katarzyna Drobik-Wąsiewicz, Mirosław Wąsiewicz spółka cywilna 90-369 Łódź ul. Piotrkowska 204/210,
  - Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej, 41-303 Dąbrowa Górnicza ul. Kościelna 6,
  - Biogen Poland Sp. z o. o. 02-823 Warszawa, ul. Osmańska 12A,
- 11) **wykonuję/nie wykonuję\*** 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):  
.....

CPB

- 12) **wykonuję/nie wykonuję\*** zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem będącym 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 z jakim):

.....  
.....

- 13) **jestem/nie jestem\*** członkiem organów lub pracownikiem podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....

- 14) **przewodzę/nie prowadzę\*** badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96, poz. 615, z późn. zm.), które są finansowane przez podmiot wykonujący działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....  
.....

- 15) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 14, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 14 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

Nie przystosowuję

- 16) **przewodzę/nie prowadzę\*** badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki, które są finansowane przez podmiot posiadający 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 jakie i dla jakiego podmiotu):

.....  
.....

- 17) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 16, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 16 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

Nie przystosowuję

- 18) **przewodzę/nie prowadzę\*** badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki, które są finansowane przez podmiot będący 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 jakie i dla jakiego podmiotu):

.....  
.....

- 19) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 18, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 18 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

Nie przystosowuję

*Cfn*

20) ~~przewodzę~~**nie-przewodzę\*** badania kliniczne w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.), (jeżeli tak, to wskazać jakie):

- „SOCRATES – ang. Acute Stroke Or Transient IsChaemic Attack Treated with Aspirin Or Ticagrelor and Patient OutcomES” dla AstraZeneca Pharma Poland,
- „Długoterminowe, perspektywiczne, nieinterwencyjne, wielonarodowe badanie prowadzone w układzie równoległych kohort, mające na celu monitorowanie bezpieczeństwa pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (SM), którzy rozpoczynają po raz pierwszy leczenie fingolimodem podawanym raz dziennie lub leczeni są za pomocą innej zarejestrowanej terapii modyfikującej przebieg choroby” dla Novartis Poland.

21) **wykonuję/nie-wykonuję\*** zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu wykonującego działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

Opinia dotycząca leczenia zabiegowego w udarach niedokrwiennych mózgu dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika , 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62,

22) **wykonuję/nie wykonuję\*** zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu 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 jakie i dla jakiego podmiotu):

.....  
.....

23) **wykonuję/nie wykonuję\*** zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu będącego współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....  
.....

• niepotrzebne skreślić

Jestem świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Łódź, 19.09.2016.  
.....  
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie neurologii  
dla województwa łódzkiego  
dr n. med. Bożena Adamkiewicz  
.....  
Bożena Adamkiewicz  
(podpis)

## **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 podpisana,

**Bożena Agata Adamkiewicz**

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 uzyskałam 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):

TEVA Pharmaceuticals Polska sp. z o.o. Warszawa ul. Emilii Plater 53  
w dniu 14.09.2016 r. w postaci sponsoringu uczestnictwa w: "32 Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis"

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 .....

CPB

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 współnikiem 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 świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Łódź, 19.09.2016  
.....  
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie neurologii  
dla województwa łódzkiego  
dr n. med. Beżena Adamkiewicz  
Beżena Adamkiewicz  
.....  
(podpis)