

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Krzysztof Łuszałak
(imiona i nazwisko)

urodzony(-na) w

zamieszkały(-ła) w
/ /

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):

Właściciel Kliniki Chirurgii Endokrynologicznej
Opóźnionej i Nauczycielskiej Uniwersyteckiego Medycynopowiatu
Ortolymetor Odobrzeń w Wojew. Śląskiej Specj. M. Koperskiej

w dniu 12/09/2014 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):

.....
Nie

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):

.....
Nie
.....
.....

w dniu w postaci

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

.....
Nie
.....
.....

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):

.....
Nie
.....
.....

w dniu w postaci

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

.....
Nie
.....
.....

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):

.....*Nie*.....
.....
.....
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):

.....*Tel. Pomyślna Trolityka Keliowska*.....
.....*Anton Fiolikowski 204/210*.....
.....
w dniu*17.09.2014*..... w postaci
.....
.....

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

.....*Anton 17.09.2014*.....
(miejscowość, data)

.....*Dr. med. Krzysztof Kuczyński*.....
Kierownik Kliniki Chirurgii
Endokrynologicznej i Ogólnej
Akademii Medycznej w Łodzi
Wzrost, Ciężar, Ciężar ciała
33-513 Łódź, ul. Katowicka 92
877822
(podpis)