

2D-IV, P62.64.2023.M
Prany o dolece praccos

Załącznik nr 2



WUW230011821

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany

JACEK WYSOCKI
(imiona i nazwisko)

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
WPEŁNYŁO DNIA	13. 02. 2023	WPEŁNYŁO DNIA
L.dz. 22493/23 zał. 23		

Wz. Dyrektora Wydziału Zdrowia
Kinga Leśniewska
Kierownik Oddziału
Nadzoru w Ochronie Zdrowia

Po za poznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. 2008 r. 114, Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) oświadczam, że uzyskałem korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

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

Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu – comiesięczna pensja.

.....
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):

MSD POLSKA.

.....
w dniu **27.01.2023 r.** w postaci **honorarium za udział w posiedzeniu komitetu doradczego.**
.....
.....
.....

- 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.....
.....
.....

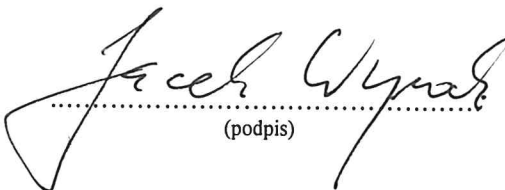
- 8) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

NIE

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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Poznań, dn. 08.02.2023 r.


.....
(podpis)