

RavulizumabZałącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),

.....Danuta Zwolińska.....



RPW/98578/2024 P
Data: 2024-05-27
ID: 00890213592722

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):

.....
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):

a)..... wykład na temat: „Zakażenia układu moczowego u dzieci”, który odbył się w dniu 20.04.2024. w ramach konferencji organizowanej przez podkarpacki Oddział PTP w Rzeszowie

Wynagrodzenie w formie przelewu bankowego otrzymałam w dniu .. 21.05.2024r.

w..... PKO BP - na prywatne konto: DANUTA
ZWOLIŃSKA

w postaci umowy z firma SANDOZ Polska sp. z o.o

b)

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

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

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

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 świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wrocław,

22.05.2024 r.
.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(podpis)

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

R

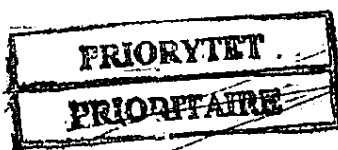
(00)559007734307149181



(00)559007734307149181

Poczta Polska

Opłata pobrana 12 zł 50 gr



2024

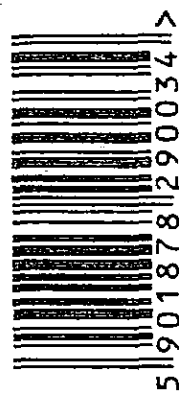
Departament + Rozr.
Kadry Medycyny ds.
Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 WARSZAWA

↑ PARA INSPECCIÓN POSTAL ↑ HIER ÖFFNEN ↑ OUVRIE ICI ↑ APRIRE QUI ↑ TUTAJ OTWIERAĆ ↑
ABRIR AQUI OPEN HERE HIER OPENEN ÖPPNAS HÄR ABNES HER

Dante Zoolibka
ul. Zaka 44
51-640 Wrocław



13/C