

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(-na), Katarzyna Brydek

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
- 2) leczniczą (jeżeli tak, to wskaza
- 3) od jakiego):

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

- 4) wykonującego działalność
- 5) 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 wskaza

- 6) od jakiego):

Ferring Pharmaceuticals Poland
Sp. z o.o. Warszawa: ul. Namysłowska 8.

w dniu 20.09.2018 w postaci

opłała 20 polski w XVIII Kongresie
Polskiego Towarzystwa Gastroentero-
logii.

7) wykonującego działalność

8) gospodarcza w zakresie doradztwa związanego
z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskaza

9) od jakiego):

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

w dniu w postaci

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

10) wykonującego działalność

11) ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskaza

12) od jakiego):

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

w dniu w postaci

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

13) 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 wskaza

14) od jakiego):

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

w dniu w postaci

.....

.....
.....

15) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskaza

16) od jakiego):

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

w dniu w postaci

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

17) posiadającego akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność

18) ,

o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność

19) ,

o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskaza

20) od jakiego):

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

w dniu w postaci

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

21) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność

22) , o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskaza

23) od jakiego):

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

w dniu w postaci

.....

.....
.....

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

.....
Stawiedzenie

(miejscowość

20, 08, 2018v

, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
W DZIEDZINIE CHOROŃ WENIĘTRZNYCH
DLA WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

Dr n. med. Katarzyna Bujak

.....
[Signature]

(podpis)