



RPW/23273/2017 P

Data: 2017-03-29

**Oświadczenie**

Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku	
KANCELARIA	
WPLYNEŁO	
Data	2017 03 29
Ilość zał.	Załącznik nr 2
poz. rej.	
podpis	/symb. Wyd.

Ja, niżej podpisany(-na), **Beata Naumnik**

(imiona i nazwisko)

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):

**Nie dotyczy**

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):

**FIRMA BAYER 15653 SITE 18006**  
**COVANCE INCORPORATED**

w dniu **27.03.2017** ..... w postaci - wynagrodzenia za prowadzenia badania klinicznego zgodnie z raportowaną uprzednio umową trójstronną pomiędzy mną a firmą Bayer Pharma AG z siedzibą w Berlinie i Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym (Bayer Anemia Pre-Dialysis Program – DIALOGUE: BAY85-3934/15653 14-JAN-16)

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 dotyczy**

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

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

**Nie dotyczy**

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 dotyczy**

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

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

**Nie dotyczy**

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 dotyczy**

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):

**Nie dotyczy**

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

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

*Wojciech* 29.03.2017  
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie nefrologii  
prof. dr hab. Beata Naumik  
(podpis)