

Oświadczenie

WPLYNĘŁO	
PODLASKI URZĄD WOJEWÓDZKI	
Wydział Polityki Społecznej	
Data	2019 -05- 21
Załącznik nr 2	
Ilość zał.	Nr
<i>[Signature]</i>	

Ja, niżej podpisany(-na), **IZABELA JOANNA SZARMACH**

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):

.....

.....

.....

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):

.....

.....

.....

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):

.....

.....

.....

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 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):

AO EAST EUROPE Sp. z o.o. S.K.A. ul. Czarodzieja 16/4, 03-116 Warszawa NIP 524-25-46-490, REGON 140205794

Grand Ortho Sp. z o.o. ul. Annopol 24, 03-236 Warszawa, KRS 0000279375, REGON 140962236, NIP 5242605927,.....

w dniu 11 maj 2019 roku w postaci opłaty uczestnictwa w kursie dr Sampermana, Warszawa
w dniu 18 – 19 maj 2019 roku w postaci uczestnictwa w kursie dr D. Martina i R. Cocconiego, Warszawa
.....

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

BIAŁYSTOK, 20 maj 2019 r.
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w Dziedzinie Ortopedii
dr hab. n. med. Andrzej Szarmach
(podpis)