

1

WPS-1.862.37.2024

WPS-1 B. Kauliński

(treść dekretacji umieszczonej na ... w formie elektronicznej)
Dekretacja zgodna z dekretacją elektroniczną

ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Szczecinie
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

05.06.2024

Nr

Ilość załączników podpis

dokonaną dnia 2024-06-05 przez

[Signature]

Załącznik nr 2

do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014 r.
w sprawie wzorów oświadczeń
składanych przez konsultantów
w ochronie zdrowia (Dz. U.
z 2014 r. poz. 1207)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a) Tomasz Ociepa
(imiona i nazwisko)



RPW/113415/2024
Data: 2024-06-05

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2024 r. poz. 69.) oświadczam, że uzyskałem(am) korzyść o wartości wyższej niż 533,04 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): Sanofi Sp. z o.o. ul. Marcina Kasprzaka 6, Warszawa, w dniu 27.05.2024 r. (data podpisania umowy), w postaci UMOWY ESP-0000045778 Z EKSPERTEM NAUKOWYM na przygotowanie i wygłoszenie wykładu pt.: „Choroba ASMD u dziecka na przykładzie zdiagnozowanego pacjenta” oraz udział w panelu ekspertów podczas Konferencji PTOiHD, 6- 8.05.2024 w Krakowie. Wynagrodzenie za wykonanie usługi: 5 471,55 PLN.

- 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.

Szczecin 04.06.2024

.....
(miejscowość, data)

.....
9174280 (podpis)
dr hab. n. med. Tomasz Uciepa
onkolog-hematolog dziecięcy
specjalista pediatra

