

7

WZPS-1.562 37.2024 (k.p.)

RPW/120268/2024 e-mail
12.06.2024r.

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), Mariola Elżbieta
Marchlewicz.....
(imiona i nazwisko)

1

2

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 uzyskałam 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
żywnościowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

JANSSEN CILAG POLSKA SP. Z O.O.
ul. Hłżecka 24
02-135 Warszawa
NIP : 522-266-57-19

w dniu 11.06.2024 w postaci opłata za przygotowanie i wygłoszenie wykładu podczas
zebrania w dniu 17.06.2024

.....
.....

- 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):
.....
.....
.....

w dniu w postaci

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Szczecin 06.06.2024
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
dla obszaru województwa zachodniopomorskiego
w dziedzinie dermatologii i wenerologii
Mariola Marchlewicz
prof. dr hab. (prof. p. n. s.)


