



Załącznik nr 2

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), **ELŻBIETA ANNA RUTA**

(imiona i nazwisko)

urodzony(a) w

zamieszkały(a) w

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(am) 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

..... **NIE DOTYCZY**

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):

..... **Takeda Polska Sp. z o. o. , 02-305 Warszawa, Al. Jerozolimskie 146 A**

w dniu ...**24-25.11.2016 r.** w postaci ...**opłaty za uczestnictwo w Forum Medycyny Paliatywnej połączone z konferencją podsumowującą cykl „Oswoić ból”**

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



KANCELARIA

2016-12-09

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

3) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-5 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....NIE DOTYCZY.....
w dniu w postaci
.....
.....
.....

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

Polonice 08.12.2016
.....
(miejscowość, data)

KONSULTANT, WOJEWÓDZKI
w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej
dla województwa łódzkiego
Elżbieta Rucińska
mgr Elżbieta Rucińska
(podpis)

