



Załącznik nr 2

WZÓR

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**.....

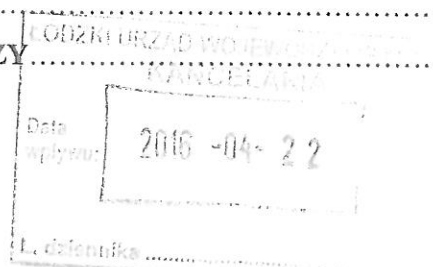
2) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu produktem leczniczym, substancjami czynnymi i wykorzystywanymi jako materiały wyjściowe przeznaczone do wytwarzania produktów leczniczych, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....**G.L. Pharma GmbH Sp. z o.o. Oddział w Polsce Al. Jana Pawła II 61/313,**
01-031 Warszawa.....

w dniu ...**08-09.04.2016**..... w postaci ...**opłaty za uczestnictwo w Konferencji**
Opieka Paliatywna w Polsce 2016.....

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(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

PAPYRNIC 18.04.2016

(miejscowość, data)

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

