

2

WZPS-1.862.64.2024

ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Szczecinie
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
18. 09. 2024
Nr 185528
Ilość załączników podpis

WZPS-1
(treść deklaracji przesłanej na ... w formie elektronicznej)
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonana dnia 18.09.2024 przez

ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Szczecinie
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
18. 09. 2024
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)
Nr
Ilość załączników podpis

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), IWOŃA POLIOMKOWICZ GĘSICKA
(imiona i nazwisko)

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):
.....
.....
.....

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):

FEVA Pharmaceuticals Polska Sp. z o.o.
.....
.....

w dniu 13-15.09.2024 w postaci Fee ze uczestnictwa w konferencji
Allopocodan, Humana i Immunoglyc oraz rekombinowane
do AIDS konferencji.

- 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.

Monowia 16.09.2024
.....
(miejscowość, data)

Powinno być Lepiej
.....
(podpis)