



RPW/82552/2017 P
Data: 2017-03-29
Dolnośląski Urząd Wojewódzki
we Wrocławiu - Kancelaria

Ja, niżej podpisany(-na),

Marek Barbero Dominieli
(imiona i nazwisko)



Oddział Zdrowia Publicznego
i Statystyki Medycznej

03-2017

[Handwritten signature]

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(-łam) 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):

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

w dniu

w postaci

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

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, importерem, 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 20 03 2017

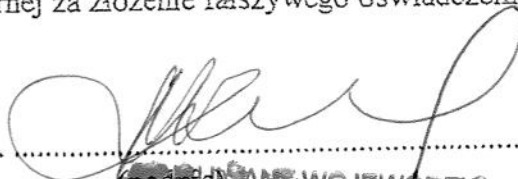
w postaci

oral reconstruction Foundation - wyrot
powierzonemu: kontowi emerytalnemu z podrocznej
spółdzielni

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Aradon, dn. 28 03 2017 r.

(miejscowość, data)



(podpis) **ANDRZEJ WOJEWÓDZKI**
dziedzicze chirurgii stomatologicznej
województwa dolnośląskiego

został on lub, zezwolenie na to, wyrażone