



RPW/152201/2016 P
Data: 2016-06-23

Oświadczenie

W P Ł Y N Ę Ł O
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu

23-06-2016

Ilość załączników

Podpis (1)

Ja, niżej podpisany(-na), .

Romuald Zdrojowy
(imiona i nazwisko)

urodzony(-na)

w
.....

zamieszkały(-ła) 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(-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):

Bristol-Myers Squibb
.....
.....
.....

W P Ł Y N Ę Ł O
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu
WYDZIAŁ POLITYKI SPOŁECZNEJ

23-06-2016

Ilość załączników

Podpis

w dniu 15-17.06.2016

w postaci udział w posiedzeniu naukowym
"Immunofarmacology in Fungal Cell Catensation"
Tek Ann. Zjazd. 16-17.06.2016.
(pobyt + hotel).

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(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wrocław, 18.06.2016

.....(miejscowość, data) (podpis)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie urologii
dla województwa dolnośląskiego
prof. dr hab. n. med. Romuald Zdrojowy