

Marlene Domagala

Tyńiec Mały

W. B. Supcha

50018000 0101077

W PŁYNEŁO
Dolnośląski Urząd Wojewódzki
we Wrocławiu

13-06-2017

SEKRETARIAT
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

W PŁYNEŁO
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu
PUNKT OBSŁUGI KLIENTA
12-06-2017



W załączeniu przekazuję:

RPW/146800/2017 P
Data: 2017-06-12
Dolnośląski Urząd Wojewódzki
we Wrocławiu - Kancelaria

Wrocław

12-06-2017

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
i Statystyki Medycznej

13-06-2017

Joanna Góral

Dolnośląski Urząd Wojewódzki

Wydział Zdrowia

i Polityki Społecznej

Pl. Powstańców Warszawy 1

Wrocław

1. ośmiodziesięć Konsultanta z dn. 12-06-2017

2.

3.

4.

5.

6.

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

MARZENA BARBARA DOMINIAK

(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(-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, 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 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 6-8.06.2017r.....

w postaci

Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne - polskie
Kontakty Leciasta Prof. Mieczysław Dominik
m. 10 Międzywrodochów, Łąka 11601/06-01
który odbył się w dniu 06-08.06.2017

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

Łąka dn. 12.06.2017r.

(miejscowość, data)

(podpis)

WOJEWÓDZKI
dziedzinie chirurgii stomatologicznej
województwa dolnośląskiego

Łąka, 12.06.2017r.