

## Oświadczenie

W P Ł Y N Ę Ł O	
Dolnośląski Urząd Wojewódzki we Wrocławiu	
WYDZIAŁ POLITYKI SPOŁECZNEJ	
01-10-2015	
Ilość załączników .....	
Podpis .....	

Ja, niżej podpisana, Emilia Filipczyk-Cisarż.....  
(imiona i nazwisko)

urodziła się .....  
.....  
.....

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 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):

„.....

...1. Firma Pierze Fabre Medicament Polska SP.z o.o. – płatność za udział w Badaniu  
Klinicznym „ L00070 IN 309 F0”

- 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, jeżeli nie dotyczy to podmiotów wymienionych w p. 2

w dniu..... w postaci.....

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

4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

nie.....  
.....  
.....  
.....

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, jeżeli nie dotyczy to podmiotów wymienionych w p.  
2.....

w dniu..... w postaci.....  
.....  
.....  
.....

6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

nie, jeżeli nie dotyczy to podmiotów wymienionych w p.  
2.....

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, jeżeli nie dotyczy to podmiotów wymienionych w p.

2.....

.....

.....

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):

nie, jeżeli nie dotyczy to podmiotów wymienionych w p.

2.....

.....

.....

w dniu..... w postaci.....

.....

.....

Ponad

to:.....

.....

Cykliczne wygłaszanie wykładów dla Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w ramach Szkolenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego kursów dla Farmaceutów z zakresu specjalizacji z farmacji szpitalnej dotyczące „Zasady przygotowywania i podawania leków cytostatycznych” w temacie – Leki p-nowotworowe i leki celowane.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie onkologii klinicznej  
dla województwa dolnośląskiego  
dr n. med. Emilia Filipczyk-Cisarz  
20.09.2015

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie onkologii klinicznej  
dla województwa dolnośląskiego  
dr n. med. Emilia Filipczyk-Cisarz