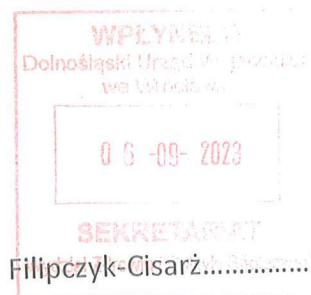


Oświadczenie



Ja ,niżej podpisany... dr n.med.Emilia

Filipczyk-Cisarz.....

(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 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. ROCHE POLSKA SP.Z O.O. - Transza za udział w Międzynarodowym Badaniu Klinicznym „ A phase III, double-blinded , randomized placebo controlled study of atezolizumab plus cobimetinib and vemurafenib and vemurafenib in previously untreated BRAF V600 mutation – positive patients with unresectable locally advanced or metastatic melanoma-CO39262.

.....Wpłata – 25.08.2023

2. ROCHE POLSKA SP. Z O.O. - opłata zjazdowa i zakwaterowanie w konferencji naukowo szkoleniowej - XXVI Konferencja Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, która jest w okresie od 30 sierpnia do 2 września 2023 w Gdańsku

-
.....
.....
.....
- 3) 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.....
.....
.....
.....
.....

- 4) 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.....
.....
.....
.....
.....

- 5) 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.....
.....
.....
.....
.....

- 6) 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.....

.....
.....
.....
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wrocław 4.09.2023.....

.....
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie onkologii klinicznej
dla województwa dolnośląskiego

dr n. med. Emilia Filipczyk-Cisarz

.....
(podpis)