



RPW/144705/2014 P

Data: 2014-12-03

W PŁYNEŁO  
KANCELARIA OGÓLNA  
Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego

2014 -12- 03

MAREK

Podpis .....

Ja, .....  
PAŚNICKI.....Oświadczenie  
podpisany(-na),

(imiona i nazwisko)

urodzony(-na)

zamieszkały(-ta)

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(-iam) 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 .....

Stwierdzam zgodność  
z oryginałem

Podpis

10.12.2014  
dataStwierdzam zgodność  
z oryginałem  
Podpis  
50-400 Gorzów Wlkp.

- 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):

..Stallergens sp zoo ul Świętokrzyska 36/40  
Warszawa.....

w dniu ...4-12-2014 do 13-12-2014..... w postaci udział w konferencji  
alergologicznej. WISC 2014 Rio de Janeiro Brazylia tj. WAO International Scientific Conference 2014  
and the XLI Congress Brazilian Association of Allergy and Immunology  
(ASBAI).....

- 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 .....

Stwierdzam zgodność  
z oryginałem  
10.12.2014  
data  
CWS  
podpis

Województwo Świętokrzyskie  
Urząd Wojewódzki  
ul. Jagiellońska 6  
25-000 Kielce  
10

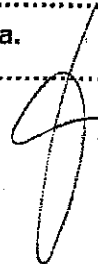
.....  
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....ŻARY dn 02-12-2014.....

(miejscowość, data)

Marek  
Pobitcki

(podpis)



Stwierdzam zgodność  
z oryginałem

.....  
podpis

10.12.2014  
data

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