



RPW/24414/2017 P

Data: 2017-04-03

04 KWI. 2017

**Oświadczenie**

Podlaski Urząd Wojewódzki  
KANCLARZ  
Załącznik nr 2  
WPLYNĘŁO  
2017-04-03  
ilość zał. ....  
poza to ....  
podpis ....

Ja, niżej podpisany(-na), RAISA SAPIEŻYŃSKA  
(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):

.....

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 .....

.....

SCP/3709/2017  
ID: 00010300158483

\_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_ w postaci \_\_\_\_\_

wyrobow medycznych jezeli tak, to wskazac od jakiego):  
MSD POLSKA SP. Z O.O. ul. CHŁOPKA 51 00-267 KARSZANKA - badanie kliniczne nr  
21000005305 UKZ120400305 244.00 Infazy mabe 2016rka.

.....

\_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_ w postaci \_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_ w postaci \_\_\_\_\_

BIATYSTOK, 03.04.2014.  
(miejscowość, data)

*Sapientissima Paule*  
(podpis)