

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), **MARIUSZ SZUTA**
(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(am) 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):

..... **NIP Pharma Polska Sp. z o.o., ul. Omechowa 5**
..... **80-175 GDAŃSK**

.....
w dniu **08.12.2015** w postaci **wynagrodzenia w wysokości**
5412,00 PLN na podstawie wystawionego rachunku
nr **1/12/15** przez **MARIUSZ SZUTA PRAKTYKA LEKARSKA**
UL. KOBIERZYŃSKA 10/19, 30-382 KRAKÓW NIP 9441282400

-
3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków,

środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

..... **pt. "Dni bene diagnost- bene curat"**
..... **o wykładach o najistotniejszych bieżących objawach klinicznych**
..... **o lekach i ich zastosowaniu w praktyce klinicznej**
..... **na konferencji naukowej o tematyce "Zdrowie i choroby"**
..... **z udziałem dr. Mariusza Szuty w nał. p. miejscowej**
..... **leżnica, Główna Główna Główna Główna Główna Główna Główna Główna**
..... **z udziałem dr. Mariusza Szuty w nał. p. miejscowej**
..... **z udziałem dr. Mariusza Szuty w nał. p. miejscowej**

.....
.....
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

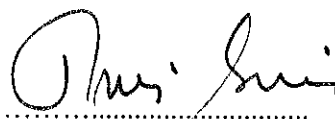
- 8) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
w dniu w postaci

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Kraków, 09.12.2015

(miejscowość, data)



(podpis)

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE
CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ

Dr n. med. Mariusz Szuta