

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Halina Krystyna Batura-Gabryel
(imiona i nazwisko)

urodzony(a)

zamieszkały(a) 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(am) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Uniwersytecki Szpital Przemienienia Pańskiego w Poznaniu ul. Długa 1 – stałe zatrudnienie z pensją comiesięczną

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):

- Novartis finansowanie wyjazdu na konferencję naukową CHEST, na której przedstawiano ustnie wyniki statutowych badań własnych. w dniach 23.10 – 31.10 w postaci opłaty zjazdowej, zakwaterowania i kosztów podróży.

- Boehringer BFP – wpływ na konto w dniu 25.09.2014

- Novartis wykład - wpływ na konto w dniu 28.10.2014

- Insmed Corporated (Accelsiors) TR02-110 - zapłata za wykonywanie badania klinicznego wpływ na konto w dniu 29.09.2014

- Novartis Poland CQVA149A2318 - zapłata za wykonywanie badania klinicznego wpływ na konto w dniu 11.09.2014

2) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....NIE.....
.....

.....
.....

w dniu w postaci

.....

.....

.....

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

.....NIE.....

.....

.....

.....

w dniu w postaci

.....

.....

.....

4) 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 posiadam wiedzy na ten temat

.....

w dniu w postaci

.....

.....

.....

5) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów

medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

NIE.....

.....

.....

.....

.....

w dniu w postaci

.....

.....

.....

.....

- 6) 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 posiadam wiedzy na ten temat

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

- 7) będącego współnikiem 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 posiadam wiedzy na ten temat

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

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

Poznań 10.12.2014

.....
(miejscowość, data)

Halina Batwa-Gabriel
.....
(podpis)