



WZÓR



Ja, niżej podpisany(-na),

JAROSŁAW MARKOWSKI
(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(-łam) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

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

ADAMED Sp. z o.o., Pieńków 149, 05 – 152 Czosnów k/Warszawy

NIP: 525 – 10 – 32 – 201, tel. 22 732 78 00

w dniu : 10 – 12.09.2015r. w postaci :

1. Opłata zjazdowa „Symposium „Onkologia w Otolaryngologii”, Poznań 10 – 12.09.2015r.
2. Koszt 2 noclegów w hotelu Lech w Poznaniu (2 doby 10/11. 09.2015r. i 11/12.09.2015r.).

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):

ADAMED Sp. z o.o., Pieńków 149, 05 – 152 Czosnów k/Warszawy

NIP: 525 – 10 – 32 – 201, tel. 22 732 78 00

w dniu : 10 – 12.09.2015r. w postaci :

3. Opłata zjazdowa „Symposium „Onkologia w Otolaryngologii”, Poznań 10 – 12.09.2015r.
4. Koszt 2 noclegów w hotelu Lech w Poznaniu (2 doby 10/11. 09.2015r. i 11/12.09.2015r.).

- 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
.....
.....
.....

- 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):

ADAMED Sp. z o.o., Pieńków 149, 05 – 152 Czosnów k/Warszawy

NIP: 525 – 10 – 32 – 201, tel. 22 732 78 00

w dniu : 10 – 12.09.2015r. w postaci :

5. Opłata zjazdowa „Symposium „Onkologia w Otolaryngologii”, Poznań 10 – 12.09.2015r.

6. Koszt 2 noclegów w hotelu Lech w Poznaniu (2 doby 10/11. 09.2015r. i 11/12.09.2015r.).

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

Katowice
22/09/2015 r.
.....
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
W DZIEDZINIE AUDIOLOGII I FONIATRII
J. Markowski
dr hab.n.med. Jarosław Markowski
.....
(podpis)