

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), .Elżbieta, Barbara Rabsztyń  
urodzony(-i) .....

zamieszkałym 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):
- 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):
- 3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):
- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):
- 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):
- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):
- 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):
- 8) 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):

.....

9) Centrum Edukacji Menadżerskiej PROMOTOR z siedzibą 61- 512 Poznań, ul Pamiątkowa 2/8 NIP 765-100-69-64 reprezentowanym przez Tadeus Gryglewicz w dniu 20.02.2015 .. w postaci przelewu na konto firmowe Śląskie Centrum Medyczno Szkoleniowe ul. J. Fałata 16a/1 , 41-902 Bytom

42 1050 1230 1000009074988172 kwoty 455,00 z ł na podstawie Umowy 0 dzieło 015/15 – opłata za wykład

.....

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

..... 20.02.2015 Bytom

(miejscowość, data)

..... Elżbieta Rabsztyń

(podpis)