

16-02-2016

## WZÓR

## Oświadczenie

Nr. ....

Ja, niżej podpisany(-na),

Ilona Tanasiewicz

(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):

Okupowa Głeba Lehenko w Helwicech ul  
Gwaru 14p026, otworu Komisji Biochemy  
uprowadzenie do posiedzenia oraz wydanie opinii  
w dniu 01/05/2015-30/01/2016 w postaci umowy o dietę  
2510,00 zł

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 .....  
~~.....~~  
~~.....~~  
~~.....~~

- 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 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):

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

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

Uelance 11.02.16  
(miejscowość, data)

Konsultant Wojewódzki  
w zakresie Stomatologii Zachowawczej z Endodontią  
dr hab. n. med. *Marta Janakiewicz*  
Akademickie Centrum  
Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
Plac Akademicki 1/1, 41-902 Bytom  
tel. 32 282 79 42 wew. 113  
(podpis)

