



RPW/145729/2019  
Data: 2019-10-28

(treść deklaracji dostępna jest na deklaracji elektronicznej)  
**Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną**

dokonana dnia

28.10.19

przez

M.

in systemie

**Załącznik nr 2**

do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 5 września 2014 r.

w sprawie wzorów oświadczeń  
adanych przez konsultantów  
w ochronie zdrowia (Dz. U.  
z 2014 r. poz. 1207)

URZĄD M. ST. SZCZECIN  
Szczecin  
Zarząd Miasta i Polityki Społecznej

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), .....

*Władysław FILIPIAK*

28.10.2019

(imiona i nazwisko)

Nr .....

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):

*Boston Scientific Polska Sp. z o.o.*

*ul. Jana Pawła II 22 00-133 Warszawa Polska*

w dniu

*5.10.2019*

w postaci

*gratu naukowego do*

*polimera kosztów uczestnictwa w*

*szkoleniu w zakresie Europejskiego Zespołu*

*Tabela-konkretizacja Liżbena 2-5.10.2019*

- 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 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.

.....  
24.10.2019

(miejscowość, data)

.....  
KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
dla obszaru województwa zachodniopomorskiego  
w dziedzinie kardiologii

(podpis)  
dr n. med. Krzysztof Filipiak