

Załącznik nr 2

do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 5 września 2014 r.

w sprawie wzorów oświadczeń

składanych przez konsultantów

w ochronie zdrowia (Dz. U.

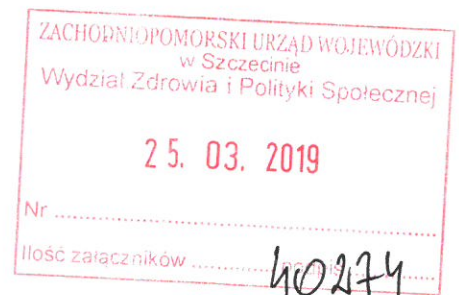
z 2014 r. poz.1207)

UPS1  
 (treść dekretacji umieszczanej na wydrukach elektronicznych)  
**Dekretacja ogólna z dekreacją elektroniczną**  
 dokonana dnia 25.3.19 przez  
 CH w systemie EZD

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), **Lidia Ostanek**.

(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(am) 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):

1. **SANDOZ Polska Sp. Z o.o.- pokrycie kosztu noclegów i opłat rejestracyjnych związanych z udziałem w : ZDROWE KOSCI 2019."**

2. **Abbvie Polska Sp. z o.o. - CORA 2019 Registration – pokrycie kosztów rejestracji w konferencji**

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.

*Sukcesia 21.03.2019*

(miejscowość, data)

*dr n. med. Lidia Ostaniek*  
KONSULTANT W OLEJ WODZKI  
województwa zachodniopomorskiego  
w dziedzinie Reumatologii  
(podpis)