

(treść dekretacji umieszczanej na dokumencie elektronicznym)
Dekretacja zgodna z dekretacją elektroniczną

dokonaną dnia 7.10.19 przez

CH w systemie **EZD** ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
 w Szczecinie
 Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

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)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),

RAFAŁ BECHT

(imiona i nazwisko)

07.10.2019

134664

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):

w dniu w postaci

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):

Roche Polska Sp. z o.o.
ul. Domaniewska 39B
02-672 Warszawa

w dniu w postaci opieka septyczna

26.09-01.10.2019 prelot, zabawa i rowkare
wyzwolenie podłoga Kongresu
Europejskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej
ESMO 2019 Barcelona

- 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

w dniu w postaci

w dniu w postaci

Wzrostu 03.10.2019
(miejscowość, data)


(podpis)