

2PS-1.962-48.2021(k.p.)

8

2PS-1



RPW/156176/2021 P

Data: 2021-09-22

(treść dekretacji umieszczonej na dokumencie elektronicznym)

Dekretacja podpis elektroniczny

.... przez

..... w systemie E2D

ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Szczecinie
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

24. 09. 2021

Nr

Ilość załączników **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), *Jenny Sieulko*

(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):

.....
..... *nie dotyczy*

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):

.....
..... *Angelini Pharma Polska Sp. z o.o.*

..... *Al. Jerozolimskie 181 B 02-222 Warszawa*

w dniu *15-18.09.21* w postaci *opłaty za udział*

..... *w zjedlinie oraz pokrycia kosztów*

..... *u-olegu*

h

- 3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
nie dotyczy.....
.....

w dniu w postaci

- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
nie dotyczy.....
.....

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):

.....
nie dotyczy.....
.....

w dniu w postaci

- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
nie dotyczy.....
.....

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):

.....
nie dotyczy
.....

.....
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):

.....
nie dotyczy
.....

.....
w dniu w postaci

.....
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Sierpień 20.09.2021
.....
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
dla obszaru województwa zachodniopomorskiego
w dziedzinie chirurgii ogólnej

prof. dr hab. n. med. Jerzy Sienko
.....
(podpis)