

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), MARIUSZ SZUTA
(imiona i nazwisko)

zamieszkały(a) w

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
żywnościowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

MIP Pharma Polska Sp. z o.o., ul. Oniechowa 5
80-175 GDAŃSK

w dniu 01.03.2016 w postaci wynagrodzenia 1200 PLN Netto za wykład

→ 19.02.2016 Książek, 20.02.2016 Olkusz pt. "Szczepienia onkologiczne"
podstawę sukcesu we finansowym wyprzedzaniu konkurencji
tworzy i samą rolę - wykład nie dotyczy reklam produktów MIPPharma
→ 03.03.2016 Stalowa Wola; 04.03.2016 Krośnice; 05.03.2016 Rzeszów
pt. "Dla lepszego doświadczenia - wykład o wyrobach medycznych"
diagnozy i leczenia w schorzeniach twarzy, ustnej i szyi"

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

* wykłady nie obejmowały promocji i reklam produktów MIPPharma
→ za honorarium wystawiono rachunki z działalności
gospodarczej obejmującej prowadzenie szkoleń MAKUSZ SZUTA
PRACOWNIA LECZNIKA ul. Koberzyńska 10/19; 30-352 KRAKÓW
NIP 9441252400

.....
.....
.....
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):

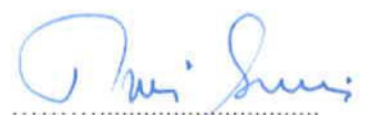
w dniu w postaci

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.

Kraków, 10.03.2016
(miejscowość, data)


(podpis)

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE
CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ

Dr n. med. Mariusz Szuta