



RPW/70264/2017 P
Data: 2017-09-13
Opolski Urząd Wojewódzki

Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

Wpł. 2017-09-13

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

L. dz.

Ja, niżej podpisany(a),

DAWET UMDOBA

(imiona i nazwisko)

treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną
na dokumencie elektronicznym
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonaną w dniu 13.08.2017 przez
w systemie E2D
zaopiniowane

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):

treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną
na dokumencie elektronicznym
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonaną w dniu 13.08.2017 przez
w systemie E2D
Podpis pracownika

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):

ASTELLA S PHARMA SP. z o.o

ul. OSMAŃSKA 94

02-823 WARSZAWA

w dniu 30.08.2017 w postaci WYNAGRODZENIE ZA PRZYGOTOWANIE
I WYKONANIE WYKŁADU „ADUAGRAF VS. PROGRAF” U
dnia 30.08.2017.

- 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.

kraków, 2017.09.08

(miejscowość, data)

.....
(podpis)

Konsultant Wojewódzki
dziedziny transplantologii klinicznej
dla województwa opolskiego
J. J. Szary, B. J. Szary