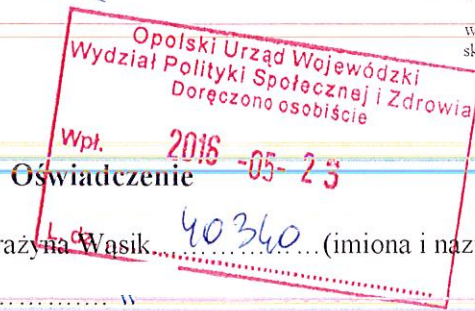


Załącznik nr 2

*Jan L. Bożniak*  
Treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną  
na dokumencie elektronicznym  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu 24.05.2016 przez  
w systemie EZD

Podpis pracownika

*A. Porębska*  
Treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną  
na dokumencie elektronicznym  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu 24.05.2016 przez  
w systemie EZD  
Podpis pracownika



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)

Ja, niżej podpisany(a), ..... Grażyna Wasik..... (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):

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):

w dniu ..... w postaci .....

- 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):

..... EGIS Polska Sp. z o.o.

Ul. 17 Stycznia 450

02-146 Warszawa

w dniu 11-14.05. 2016r..... w postaci .....opłacenie uczestnictwa w konferencji  
naukowo -szkoleniowej.....

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 współnikiem 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.

Opole 15.05.2016r

(miejscowość, data)

Grażyna Wasik

(podpis)

**Konsultant Wojewódzki**  
**w dziedzinie dermatologii i wenerologii**  
**dla województwa opolskiego**  
**dr n. med. Grażyna Wąsik**