

Załącznik nr 2

Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
Doręczono osobiście

Wpł. 2015 -11- 25

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)

L. dz.

RPN/90946/2016

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),Grażyna Wąsik.....(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 żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

w dniu w postaci

A. Ryzbicka
(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną
na trwałe w formie elektronicznej)
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonaną w dniu 25.11.2016 przez
w systemie CZD
Podpis pracownika

Reni J. Rymała
(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną
na dokumencie elektronicznym)
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonaną w dniu 25.11.2016
w systemie CZD
Podpis pracownika

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):

.....Galderma Polska Sp. zo.o

Ul. Łączyny 4

02-820 Warszawa

.....
.....
.....

w dniu 18-19. 11. 2016r..... w postaciopłacenie 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 24.11.2016r

(miejscowość, data)

Grażyna Wasik

(podpis)

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