

Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
Doręczono osobiście

Wpł. 2015-09-25

L. dz. RPN/65639/2015

Załącznik nr 1
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)
Grażyna Wąsik

J. Pościak
treść oświadczenia i treść oświadczenia
na dokumencie elektronicznym
Deklaracja zgodna z treścią oświadczenia
dokonana dnia 25.09.2015 r. przez
pracownika
Podpis pracownika

treść oświadczenia i treść oświadczenia
na dokumencie elektronicznym
Deklaracja zgodna z treścią oświadczenia
dokonana dnia 25.09.2015 r. przez
pracownika
Podpis pracownika

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:

1) jestem/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji
lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność leczniczą
(jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....nie

jestem.....
.....
.....
.....

2) jestem/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji
lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących 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 jakich):

.....nie

jestem.....
.....

.....
.....
3) jestem/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....nie

jestem.....

.....
.....
4) jestem/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak to wskazać jakich):

.....nie

jestem.....

.....
.....
5) jestem/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców, którzy złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie lub złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na import równoległy produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....nie

jestem.....

.....
.....
6) jestem/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców, którzy są wytwórcami, importerami, autoryzowanymi przedstawicielami lub dystrybutorami wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....nie

jestem.....

.....
.....
.....
7) posiadam/nie posiadam* 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 w jakich):

.....nie

posiadam.....

.....
8) jestem/nie jestem* wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać w jakich):

.....nie

jestem.....

.....
9) wykonuję/nie wykonuję* działalność gospodarczą w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jaką):

.....nie

wykonuje.....

.....
10) wykonuję/nie wykonuję* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem wykonującym działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

.....Oddział Dermatologii Szpitala Wojewódzkiego w Opolu ul. Katowicka 66,

Prywatny gabinet dermatologiczny „Novum Instytut Dermatologii Leczniczej i Estetycznej
Opole ul. Żwirki i Wigury 5a/1

11) wykonuję/nie wykonuję* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem posiadającym akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o których mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

.....nie

wykonuje.....

.....

.....

.....

12) wykonuję/nie wykonuję* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem będącym wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

.....Quality Audit House Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi 91-829 Łódź ul. Zawiszy Czarnego 10.....

Umowa zlecenie zawarta w dniu 16.09.2015r

.....

.....

.....

.....

.....

13) jestem/nie jestem* członkiem organów lub pracownikiem podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (jeżeli tak, to wskazać jakich).....

.....

.....

.....

.....

14) prowadzę/nie prowadzę* badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96, poz. 615, z późn. zm.), które są finansowane przez podmiot wykonujący działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....nie

prowadzę.....

.....

.....
.....
19) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 18, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 18 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

.....nie.....
.....
.....
.....

20) prowadzę/nie prowadzę* badania kliniczne w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.), (jeżeli tak, to wskazać jakie):

.....I. Associated Medical Clinical Science Servis Sp.z o.o...z siedzibą 41-706 Ruda Śląska ul. Kaczmarska 5 ...Badanie kliniczne M518101. Podwójne ślepe, randomizowane, wieloośrodkowe badanie III fazy prowadzone w grupach równoległych w celu porównania stosowania miejscowego dwa x dziennie M518101, Daivonexu oraz nośnika u pacjentów z łuszczycą plackowatą.

II Spółka ICON Clinical Research Limited z siedzibą South County Business Park Leopardstown, Dublin 18 Irlandia

Polska Sp. z o.o 02-676 Warszawa („Pfizer”) ul. Postępu 17B...Wieloośrodkowe otwarte badanie III fazy oceniające bezpieczeństwo i tolerancję długotrwałego przyjmowania 2 dawek doustnych preparatu CP-690,550 u pacjentów z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą łuszczycą plackowatą...

III.Parexel Polska Sp.z o.o. 02-954 Warszawa ul. Braci Marconich 6

Badanie kliniczne /1F-MC-RHBA/203504(E.Lilly)Wieloośrodkowe badanie prowadzone metodą podwójnie ślepej próby z randomizacją i grupą kontrolną przyjmującą placebo, oceniające skuteczność i bezpieczeństwo stosowania preparatu LY2439821 w porównaniu do Etanerceptu i placebo u chorych na łuszczycę plackowatą o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego.

.....
.....
.....
.....
21) wykonuję/nie wykonuję* zadania opiniotwórcze i doradcze dla podmiotu wykonującego działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....nie
wykonuje.....
.....
.....

22) wykonuję/nie wykonuję* zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu 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 jakie i dla jakiego podmiotu):

.....nie
wykonuję.....
.....
.....

23) wykonuję/nie wykonuję* zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....nie
wykonuję.....
.....
.....

* niepotrzebne skreślić

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

Opole 20.09.2015r

.....
(miejscowość, data)

Grażyna Wasik

.....
(podpis)

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

