

Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
Doręczono osobiście
Wpł. 2010-12-16
do rozporządzenia
L. dz. 97678
w sprawie

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)

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. Porębska
 (prez. delegacja) (miejscowość)
 na wydziale elektronicznej
 Elektroniczna delegacja elektroniczna
 dokonuje w dniu 16.12.2015 przez
 dla w systemie E2D
 (podpis delegacji)

Pracownik
 (nazwisko i imię) *Pracownik*
 na stanowisku *Pracownik*
 Delegata do Spraw *Pracownik*
 ds. *Pracownik*
 16.12.2016
 w systemie EKD
 Podpis pracownika *Pracownik*

- 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):

7) 1.....Pierre Fabre Dermocosmetique Polska Sp. z o.o.

Ul. Belwederska 20/22

00-762 Warszawa

2.....Medac GmbH Sp.z o.o.

Ul.Postępu 21B

02-676 Warszawa

.....
.....
.....
w dniu 08-10. 12. 2016r..... w postaciopłacenie uczestnictwa w konferencji
naukowo -szkoleniowej.....
.....
.....

8) 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
.....
.....

9) 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 14.12.2016r

.....
(miejscowość, data)

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

Grażyna Wasik

.....
(podpis)