

Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

Wpł. 2017-06-20

L. dz.



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

Ja, niżej podpisany(a), DARIUSZ ŁĄTKA
(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):

MEDTRONIC POLSKA Warszawa

w dniu 05-07.07.2017 w postaci ...sponsoring uczestnictwa w Spine Summer Academy w Madycie + przelot, hotel

3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

J. Szwed
(treść dekretacji zgodna z treścią umieszczoną na dokumencie elektronicznym)
Dekretacja zgodna z dekretacją elektroniczną
dokonaną w dniu 20.06.2017 przez
..... w systemie EZL
Podpis pracownika

.....
(treść dekretacji zgodna z treścią umieszczoną na dokumencie elektronicznym)
Dekretacja zgodna z dekretacją elektroniczną
dokonaną w dniu przez
..... w systemie EZL
Podpis pracownika

.....
.....
.....
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) 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):

.....

...

.....

.....

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

.....Opole 14.06.2017.....
(miejscowość, data)


Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie Neurochirurgii
dla województwa opolskiego
dr n. med. Dariusz Łątka