



RPW/77279/2016 P
Data: 2016-10-05
Opolski Urząd Wojewódzki

Załącznik nr 2

do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014 r.
w sprawie wzorów oświadczeń
zawianych przez konsultantów
w ochronie zdrowia (Dz. U.
z 2014 r. poz. 1207)

Opis i Urząd Wojewódzki
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

Wpł. 2016-10-05

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), ZYGHUNT JANUSZ KONIECZNY
(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):

[Signature]

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):

G.L. Pharma GmbH Sp. z o.o.
Aleja Jana Pawła II 61/313
01-131 WARSZAWA

w dniu 26-29.09.2016 w postaci pokrycie kosztów hotelowych
w związku z uczestnictwem w kursie specjalizacyjnym
z dziedziny medycyny paliatywnej „Onkologia
w medycynie paliatywnej” termin 27.09-29.09.2016.

[Signature]
Treść deklaracji zgodna z treścią, umieszczoną
w dokumencie elektronicznym.
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonaną w dniu 5.10.2016 przez
..... w systemie EZO

[Signature]
Podpis pracownika
Treść deklaracji zgodna z treścią, umieszczoną
w dokumencie elektronicznym.
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonaną w dniu 5.10.2016 przez
..... w systemie EZO
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):

.....
w dniu w postaci

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):

w dniu w postaci

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

GŁUCHOŁĄŻY 03.10.2016

(miejscowość, data)

lek. med. ZYGMUNT KONIECZNY
Specjalista chorób płuć
Specjalista chemioterapii nowotworów
48-340 Głucholąży, ul. Spółdzielcza 6a/5
534590911

(podpis)