

Opolski Urząd Wojewódzki  
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia  
Wpł. : 2015 -07- 02  
L. dz. *RPK/44762/2015*

**Oświadczenie**

**Załącznik nr 2**  
do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 5 września 2014 r.  
w sprawie warunków oświadczeń  
składanych przez konsultantów  
w ochronie zdrowia (Dz. U.  
z 2014 r. poz. 1207)

Ja, niżej podpisany(a), ... **Wiesława Błudzin** ...  
(imiona i nazwisko)

*J. Pajniak*  
treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną  
w dokumencie elektronicznym  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu *17.06.2015* przez  
*R. Bulega* z siedzibą w ...  
Podpis pracownika

urodzony(a) .. ..... w .. ..

zamieszkały(a) w .. ..

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):

..... *Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.* .....

w dniu ... *17.06.2015- 20.06.2015* w postaci : *pokrycie kosztów udziału w konferencji naukowej PTN AIDS "Vistula 2015" w Łodzi.*

3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie domdziwa 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 .....

.....  
treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną  
w dokumencie elektronicznym  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu ..... przez  
..... w systemie SZD  
Podpis pracownika

- 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):

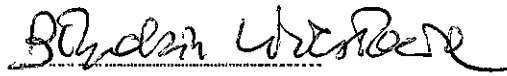
.....  
w dniu ..... w postaci .....

- 8) będącego 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, 28.06.2015  
(miejscowość, data)

  
(podpis)