

**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.  
2014 r. poz. 1207)

Opolski Urząd Wojewódzki  
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia  
Doręczono osobiście

Wpł. 2016 -10- 24

L. dz. RPN/82481/2016

## Oświadczenie

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



treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną  
na dokumencie elektronicznym  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonana w dniu 24.10.2016 przez  
w systemie EZD  
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 uzyskałem(am) korzyść  
o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną  
na dokumencie elektronicznym  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonana w dniu 24.10.2016 przez  
w systemie EZD  
Podpis pracownika

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  
żywnościowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

AbbVie Polska Sp. z o.o

w dniu...21.10.2016...w postaci zapłaty za udział w programie klinicznym- zgodnie z umową.

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, importерem, 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.

Opole, 24.10.2016  
(miejscowość, data)

*Błudzin Wiesław*

(podpis)

Województwo Wielkopolskie  
w dziedzinie chorób zakaźnych  
dla województwa opolskiego  
lek. Wiesław Błudzin