



RPW/26206/2017 P  
Data: 2017-03-31  
Opolski Urząd Wojewódzki

Załącznik nr 2

Opolski Urząd Wojewódzki  
Wydział Polityki Społecznej i Zdravia  
Wpł. 2017-03-31

# Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), ZYGMUNT JANUSZ KONIECZNY

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):

NOVARTIS POLAND Sp. z o.o.  
WARSZAWA ul. Marynarska 15

w dniu 23-24.03.2017 w postaci pożycie kasztyś zakwalifikowania  
i uczestnictwa w IV Konferencji Naukowej JHPOR  
Astma ciężka i choroby autoimmunologiczne  
- od rozpoznania do leczenia systemowego  
23-24.03.2017 WARSZAWA

[Signature]  
(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną na dokumencie elektronicznym)  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu 31.03.2017 przez  
..... w systemie EZD  
Podpis pracownika

[Signature]  
(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną na dokumencie elektronicznym)  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu 31.03.2017 przez  
..... w systemie EZD  
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.

GLUCHOŁĄŻY 27.03.2017

(miejscowość, data)

lek. med. ~~ARMUNT~~ KONIECZNY  
Specjalista chorób płac  
Poradnia chemioterapii nowotworów  
63-340 Glucholąży, ul. Spółdzielcza 6a/5

(podpis)