

Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

Wpł. 2017-06-12

L. dz.



RPW/44688/2017 P

Data: 2017-06-12

Opolski Urząd Wojewódzki

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), ZYGMUNT 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):

.....

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):

Astra Zeneca Pharma Poland Sp. z o.o.
ul. Postępu 18
02-676 WARSZAWA

w dniu 26.05.2017 w postaci przeprowadzenie szkolenia

i wygłoszenie wykładu: "Ważne pytania w POLU? -
debata specjalistów o zalecenia i praktyce
postępowania" Szkolenie przeprowadzono

w Szpitalu Nr 2 w Głuchotkach.

J. Israel

(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną
na dokumencie elektronicznym)
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonaną w dniu 12.06.2017 w systemie E2

Podpis pracownika

J. Bania

(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną
na dokumencie elektronicznym)
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonaną w dniu 12.06.2017 w systemie E2

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.

GLECHOŁAZY 30.05.2017
.....
(miejscowość, data)

**Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie chorób płuc
dla województwa opolskiego**

lek. Zygmunt Konieczny
.....
(podpis)