



RPW/37522/2016 P

Data: 2016-05-13

Opolski Urząd Wojewódzki

Załącznik nr 2

do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 5 września 2014 r.Opolski Urząd Wojewódzki  
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowiaw sprawie wzorów oświadczeń  
składanych przez konsultantów  
w ochronie zdrowia (Dz. U.  
z 2014 r. poz. 1207)

Wpł. 2016-05-13

## 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):

NOVARTIS POLAND sp. z o.o.  
ul. Morynarska 15 02-674 WARSZAWA

w dniu 25.04-26.04.2016 w postaci pokrycie kosztów podróży, zakwaterowania  
 oraz udziału w "IV Spotkaniu Ekspertów - Leżenie  
 Cieskiej Astmy Alergicznej Omalizumabem"  
Spotkanie miało miejsce w WARSZAWIE.

A. Porębska  
treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną  
na dokumencie elektronicznym  
Deklaracja zgodna z treścią umieszczoną  
na dokumencie elektronicznym  
dokonana dnia 13.05.2016  
Podpisano: .....

Stanisław J. Rómski  
treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną  
na dokumencie elektronicznym  
Deklaracja zgodna z treścią umieszczoną  
na dokumencie elektronicznym  
dokonana w dniu 13.05.2016  
Podpisano: .....

- 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.

GLUCHOŁĄZY 03.05.2016

(miejscowość, data)

lek. med. ZYGMUNT KONIECZNY  
Specjalista chorób płac  
Specjalista chemioterapii nowotworów  
48-340 Glucholązy, ul. Spółdzielcza 6a/5  
03.05.2016

(podpis)