



RPW/81000/2018 N
Data: 2018-06-22
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

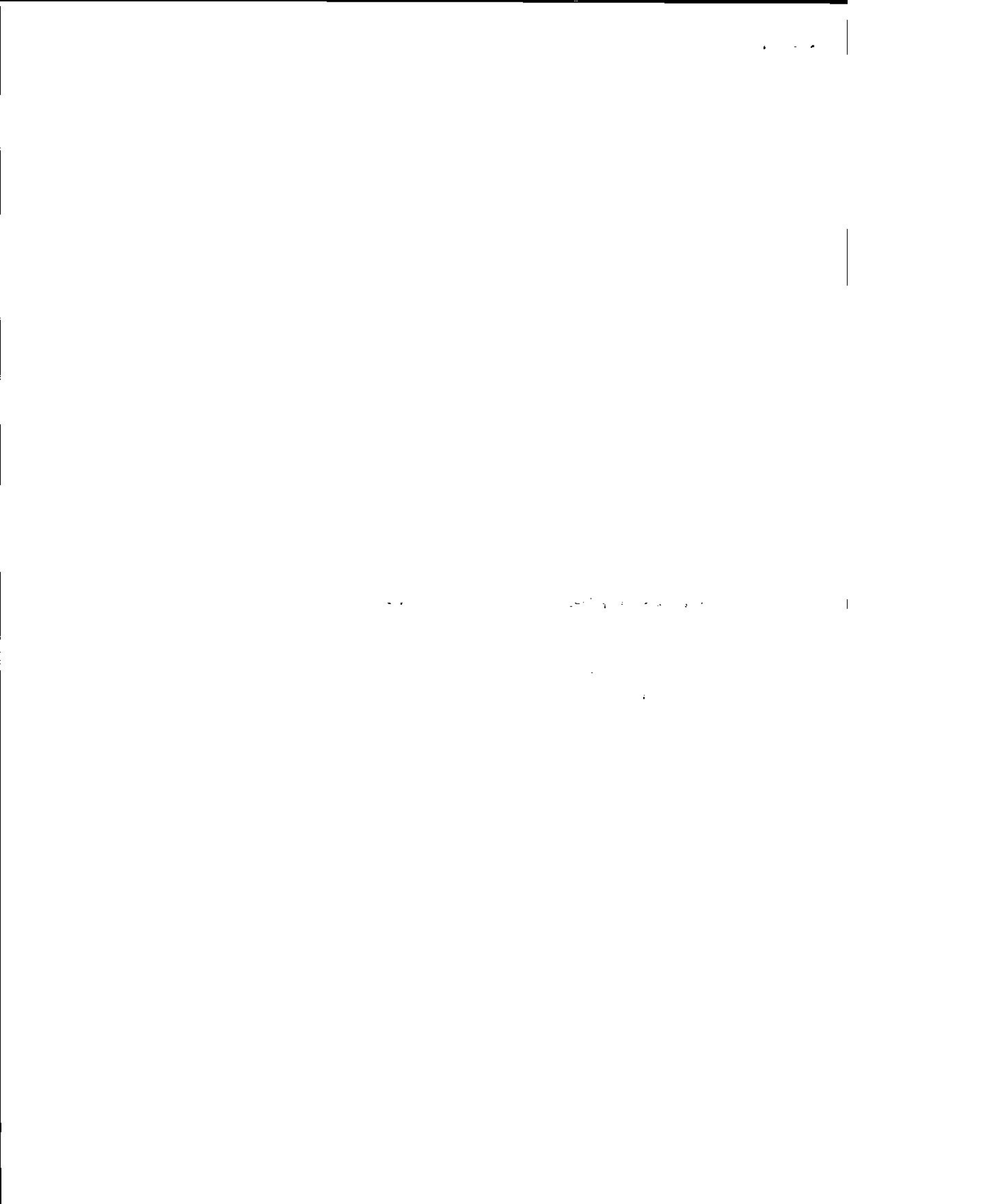
po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) oświadczam, że uzyskałem(am) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

- 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):

.....
.....
.....
w dniu 06.06-08.06.2018 w postaci pokrycie kosztów zakwaterowania
i opłat parkingowych w związku z udziałem w
Krajowej Konferencji Pulmonologów i Mikrobiologów
w Zakopanem w okresie 06.06 - 08.06.2018.



- 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

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

GLEUCHOŁAZY 20.06.2018
(miejscowość, data)

Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie chorób płuc
dla województwa opolskiego
(podpis)
lek. Zygmunt Konieczny

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY
1100 EAST 58TH STREET
CHICAGO, ILL. 60637