

Opulski Urząd Wojewódzki  
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

Wpł. 2017-10-17

L. dz.



RPW/80510/2017 P

Data: 2017-10-17

Opulski 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):

*[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.  
02-674 WARSZAWA ul. Narutowicza 15

w dniu 06.07.2017 w postaci .....

pokrycie kosztów podróży,  
zakwaterowania i uczestnictwa w konferencji  
"ASTMA EXPERTS" - 06.10-07.10.2017  
w WARSZAWIE

J. Janek  
(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną  
na dokumencie elektronicznym)  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu 17.10.2017 przez  
..... w systemie EZD

Podpis przebieg

P. J. Polick  
(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną  
na dokumencie elektronicznym)  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu 18.10.2017 przez  
..... w systemie EZD

Podpis przebieg

- 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.

GLEUCHOŁAZY 10.10.2017  
(miejscowość, data)

lek. med. ZYGMUNT KONIECZNY  
Specjalista chorób płuc  
Specjalista chemioterapii nowotworów  
Specjalista medycyny paliatywnej  
48-340 Chuchotazy 1 Spółdzielcza 6a/5  
6369491  
(podpis)