



RPW/65035/2015 P
Data: 2015-09-24
Opolski Urząd Wojewódzki

Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
Wpł. 2015-09-24
L. dz.

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), ZYCHUNT JANUSZ KONIECZNY
(imiona i nazwisko)

urodzony(a)

zamieszkały(a) w

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.
02-674 WARSZAWA al. Marynarska 15

w dniu 08-12.09.2015 w postaci pokrycie kosztów zakwaterowania i opłat zjazdowych z okazji

III Spotkanie Ekspertów - Secretnie Giełdy Leków - Analizy i
Bydgoszcz 10.09.2015, XII Międzynarodowy Kongres
Polskiego Towarzystwa Neurologicznego w dniach 9-12.09.2015
w Bydgoszczy

- 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 17.09.2015
.....
(miejscowość, data)

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

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