

**Załącznik nr 2**

do wyrażenia zgody Ministra Zdrowia  
z dnia 5 września 2014 r.  
w sprawie wyrobów leczniczych  
określanych przez konsultantów  
w ochronie zdrowia (Dz. U.  
z 2014 r. poz. 1207)

**Oświadczenie**

Ja, niżej podpisany(a), **ZYGMUNT JANUSZ KONIECZNY**

(imię i nazwisko)

urodzony(a)

zamieszkały(a)

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):

**ASTRAZENECA PHARMA POLAND Sp. z o.o.**  
**ul. Postępu 18 02-676 WARSZAWA**

w dniu **30.12.2014** w postaci **płatność za premoceutyczne szkolenia dla farmaceutów w dniu 16.12.2014**

- 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 współnikiem 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.

GŁUCHOŁĄZY 31.12.2014

(miejscowość, data)

Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie chorób płuc

dr hab. med. Zdzisław Opolski

(podpis)

lek. Zdzisław Konieczny