



RPW/48533/2017 P  
Data: 2017-06-27  
Opolski Urząd Wojewódzki

Opolski Urząd Wojewódzki  
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

Wpł. 2017-06-27

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), ZYGMUNT JANUSZ KONIECZNY  
(Imię 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):

Tonrex Chłesi Polska Sp. z o.o.  
Aleja Solidarności 117 00-140 WARSZAWA  
w dniu 07.06-09.06.2017 w postaci pokrycie opłaty zarobkowej  
oraz kosztów zakwaterowania w dniach 07-09.06.2017  
w związku z udziałem w "Kropce konferencji  
Patimicologów i Mikrobiologów" w Zakopanem

J. Jwański  
treść deklaracji zgodna z treścią wpisaną  
na dokumencie elektronicznym  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu 27.06.2017 przez  
..... w systemie E2D

Podpis pracownika

J. Poziński  
treść deklaracji zgodna z treścią wpisaną  
na dokumencie elektronicznym  
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu 28.06.17 przez  
..... w systemie E2D

Podpis pracownika

- 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.

GLUCHOŁĄŻY 14.06.2017

(miejscowość, data)

lek. med. ZYGMUNT KONIECZNY  
Specjalista chorób płuc  
Szpitala chemioterapii nowotworów  
ul. 3 Maja 68/5 Glucholaży

(podpis)