



RPW/177440/2021 P

Data: 2021-10-26

Opolski Urząd Wojewódzki

Dostarczono osobiście

Załącznik nr 2
do rozporządzenia Ministra Zdrowia

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), *Anna Stachlińska*

(imiona i nazwisko)

Opolski Urząd Wojewódzki
w Opolu

26-10-2021

GRABOŁA
na Grabal

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):

JANSSEN-CILAG POLSKA SP. ZOO

Ul. Ilzecka 24, 02-135 Warszawa

.....
w dniu *14.10.2021 r.* w postaci *Wynagrodzenia za udział w badaniu klinicznym sponsorowanym przez wymienioną firmę w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu.*

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.

Skarbiszów 25.10.2021 r.
(miejscowość, data)

Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie farmacji aptecznej
dla województwa opolskiego
mgr farm. Anna Stachlińska
.....
(podpis)

Water with moisture
from the ground water
is used for irrigation
and for drinking.