

Odoliski Urząd Wojewódzki  
Wydział Polityki, Społecznej i Zdrowia  
Doręczono osobiście

Wpł. 2017 -UI- 09

L. dz. RPN/2824/2017

**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), ANNA HALINA STACHURA  
(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):

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):

Otrzymałem w najbliższym czasie korzyść o wartości wyższej niż 380 zł w formie przelewów na konto bankowe tytułem udziału w badaniach klinicznych w dniu 09.01.2017 (umowa) w postaci od firm QUINTILES i ROCHE.  
Quintiles Polska Sp. z o.o. ul. Dejmowa 1 00-001 Warszawa  
Roche Polska Sp. z o.o. ul. Romantyczna 39B 02-644 Warszawa

Kiera A. Porębska  
(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną na dokumencie elektronicznym)  
Deklarację zgodną z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu 09.01.2017 r. w systemie EZD  
Podpis pracownika

Pawel J. Dębniak  
(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną na dokumencie elektronicznym)  
Deklarację zgodną z deklaracją elektroniczną  
dokonaną w dniu 09.01.2017 r. w systemie EZD  
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.

Opole, 09.01.2017r.  
.....  
(miejscowość, data)

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