



RPW/30184/2015 P
Data: 2015-05-05
Opolski Urząd Wojewódzki

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)

Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), **RAJMONA ADAMIEC**

(imiona i nazwisko)

Wpł. 2015-05-05

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):

.....
.....
.....
w dniu w postaci

p. J. Późniak
5.05.15
p. Buche
podpis brzochnika

- 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.

Wrocław, dn. 27.04.2015
(miejscowość, data)

PROF. DR HAB. MED.
RAJMUND ADAMIEC
SPECIALISTA CHOROBY WNEWETRZNYCH
ANGIOLOGII-PATOMORFOLOGII-NEFROLOGII
HIPERTENSJOLOGII-DIABETOLOGII
WROCLAW, UL. O. DRAHONOWSKIEJ 3
6045271
(podpis)

■ PŁATNIK : DRANEL M.E. LENARZ SPJ

M. PELIKANON 47/49

02-843 NARZANA, NIP 522-10-17-881

■ ZADANIE : PRZYGOTOWANIE I PRZESTAWIENIE WYKŁADU
PODZAS KONFERENCJI "UNIWERSYTET ZDROWIA"
WE WROCLAWIU, W DNIU 25.04.2015

PROF. DR HAB. MED.
RAJMUND ADAMIEC
SPECIALISTA CHOROBY WNEWETRZNYCH
ANGIOLOGII-PATOMORFOLOGII-NEFROLOGII
HIPERTENSJOLOGII-DIABETOLOGII
WROCLAW, UL. O. DRAHONOWSKIEJ 3
6045271 TEL. 071 36 44-279