

PSIX. IV. SPX. 4. 2010



RPW/34823/2015 P

Data: 2015-05-25

Opolski Urząd Wojewódzki

Opolski Urząd Wojewódzki  
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

## 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 2015-05-25

Ja, niżej podpisany(a), Rajmund ADAMIEC

(imiona i nazwisko)

urodzony(a) ..... w .....

zamieszkały(a) w .....

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 .....

J. Poiminek  
Prezydent Miasta Głuchów  
Dekretacja zgodna z treścią oświadczenia  
dokonana w dniu 25.05.2015 r.  
K. Bucke  
Przewodnicząca

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, importерem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

..... ALFA NASSERMAN POLSKA Sp. z o.o. ....

..... Al. Jerozolimskie 96 .....

..... 00-807 Warszawa .....

w dniu 15.05.2015 w postaci PRZYGOTOWANIE I WYSTĄPIENIE WYKŁADU  
NT. "ROLI SIĘCI FIBRYNOWEJ W PATOGENEZIE MIAŻDŻYCY" PODCZAS  
VII KONF. POL. TOW. CHIRURGÓW NACZYNIOWEJ, POZNAŃ 14-16.05.2015

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

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
KATEDRA I KLINIKA ANGIOLOGII,  
NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO  
I DIABETOLOGII  
kierownik

prof. dr hab. med. Raimund Adamiec

Wrocław, 18.05.2015  
(miejscowość, data)

(podpis)